



LA PRESA IN CARICO DELL'ANZIANO CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

8 e 9 novembre 2010

Collegio IP.AS.VI. Via Metastasio, 26 Brescia

8 crediti

Michele Zani
Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia
Associazione Italiana Operatori Cure Continuative
Fondazione Le Rondini Città di Lumezzane ONLUS

DEFINIZIONE E TIPOLOGIE

DEFINIZIONE

È una sindrome psico-organica caratterizzata da una transitoria e fluttuante alterazione dello stato di coscienza, ad esordio acuto o subacuto, con ripercussioni sulla cognitività e sulle capacità percettive.

Modalità di manifestazione:

- ✓ *Ipercinetico*
- ✓ *Ipocinetico*
- ✓ *Misto*

MODALITÀ DI MANIFESTAZIONE

Ipercinetico:

caratterizzato dal riscontro all'esame obiettivo di ansia, iperattività o aggressività

Ipocinetico:

prevale letargia, ipoattività, rallentamento ideomotorio

Misto:

il corteo sintomatologico è caratterizzato dall'alternanza di queste due condizioni

PERCHE' PARLARE DI DELIRIUM?

- ✓ Il delirium colpisce il 50% delle persone anziane in ospedale, molte delle quali già con una preesistente demenza, è associato a una significativa perdita delle abilità funzionali, ad un aumento della degenza ospedaliera, ad un aumento dei tassi di morte e ad un aumento dei costi...”
- ✓ Il delirium è presente tra il 10 e il 22% dei pazienti all'ammissione e il 10-30% dei pazienti sviluppa delirium durante il ricovero
- ✓ Spesso il delirium rimane sotto diagnosticato e sotto trattato (è diagnosticato nel 41-87% dei pazienti ricoverati in reparti per acuti)

PERCHE' PARLARE DI DELIRIUM?

- ✓ I medici spesso omettono la diagnosi ed i sintomi e i segni di delirium sono riportati nelle cartelle mediche solo nel 30-50% dei casi (Gustafson et al, 1991; Fick e Foreman, 2000)
- ✓ Il personale infermieristico generalmente più a contatto con i pazienti, e quindi in grado di cogliere meglio le alterazioni tipiche del delirium, documenta il 60-90% del delirium, ma soltanto quando questo è di tipo ipercinetico
- ✓ Fick e Foreman, 2000 hanno dimostrato, in uno studio, che, mentre tutti i familiari intervistati erano stati in grado di riconoscere un cambiamento mentale del proprio congiunto, nell'88% dei casi il delirium non era stato riconosciuto dal personale sanitario. In tutti i casi si trattava di delirium

LA VISIONE INFERMIERISTICA

“... Inouye e colleghi stimano che gli infermieri identificano il delirium solo nel 31% dei pazienti deliranti. Eden e Foreman sottolineano la mancanza di conoscenze circa una metodica che permetta l'individuazione del delirium [...].

Il riconoscimento da parte degli infermieri diventa ancora più complesso quando ci si trova di fronte a un paziente con delirium ipocinetico e a un paziente con diagnosi di demenza...”

Rigney TS. Delirium in the hospitalized elder and recommendations for practice. Geriatric Nursing 2006 May/June; 27(3): 151-7

INCIDENZA E PREVALENZA

✓ DELIRIUM PREVALENTE:

Presente all'ammissione in reparto

✓ DELIRIUM INCIDENTE:

Si sviluppa durante la degenza

CHI SONO I PAZIENTI A RISCHIO?

Elle M et al. 1998

(Meta-analisi di 27 studi pubblicati fra il 1966 e il 1995)

1. Preesistente demenza
2. Condizione medica severa
3. Abuso di alcool
4. Limitazione funzionale
5. Na⁺ sierico alterato
6. Sesso maschile
7. Depressione
8. Alterazione udito
9. Alterazione vista

CHI SONO I PAZIENTI A RISCHIO?

Inouye, JAMA 1996

- ✓ FATTORI PREDISPONENTI
- ✓ FATTORI PRECIPITANTI

CHI SONO I PAZIENTI A RISCHIO?

➤ **Fattori predisponenti**

➤ **Fattori precipitanti**

➤ Età avanzata

➤ Deficit cognitivo

➤ Gravità/severità di malattie

➤ Deficit multisensoriale →

➤ Disabilità nelle ADL

➤ Sesso maschile

➤ Depressione

➤ Alcolismo

➤ Malnutrizione

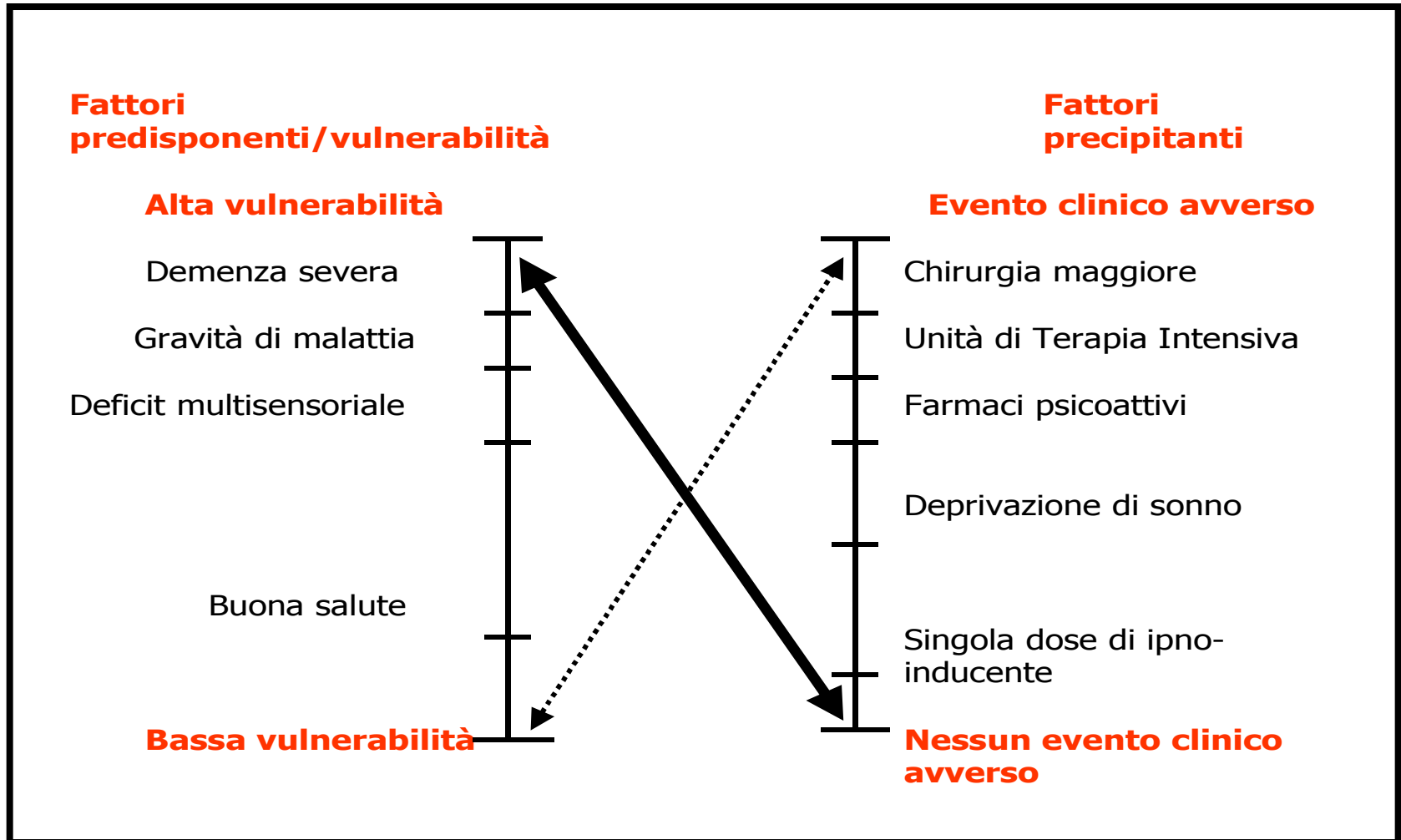
Il 25% dei soggetti con delirium sono dementi

Il 40% dei dementi ricoverati in ospedale sviluppa delirium

CHI SONO I PAZIENTI A RISCHIO?

- **Fattori predisponenti**
- **Fattori precipitanti**
- Evento clinico avverso
- Intervento di chirurgia maggiore
- Ricovero in UTI
- Farmaci psicoattivi
- Deprivazione di sonno
- Ipotensione
- Febbre o ipotermia
- Disordini metabolici
- Uso di contenzione fisica
- Dolore
- Cateterismo vescicale

PATOGENESI DEL DELIRIUM?



Inouye, JAMA 1996

COME DIFFERENZIARE IL DELIRIUM DALLA DEMENZA ?

CLINICAL FEATURES OF DELIRIUM, DEMENTIA, AND DEPRESSION

Adapted from Foreman MD, Grabowski R. Diagnostic dilemma: cognitive impairment in the elderly. J Gerontol Nurs 1992; 18(9):5-12

DIAGNOSI DI DELIRIUM – DSM IV

1. *Disturbo dello stato di coscienza (ridotta consapevolezza dell'ambiente) con ridotta capacità di fissare, mantenere e spostare l'attenzione.*
2. *Alterazioni della sfera cognitiva (deficit di memoria, disorientamento temporo-spaziale, disturbi del linguaggio) non giustificabili da una demenza preesistente o in evoluzione.*
3. *Il disturbo si manifesta in un periodo di tempo breve (di solito ore o giorni) ed ha un decorso fluttuante nel corso della giornata.*
4. *C'è evidenza dalla storia, dall'esame obiettivo, o da altri accertamenti che il disturbo è una diretta conseguenza di una patologia medica in corso, di un'intossicazione da farmaci o da una sindrome di astinenza..*

DIAGNOSI DI DEMENZA – DSM IV

1. La presenza di deficit cognitivi che si manifestano attraverso:
 - a) deficit di memoria
 - b) uno o più dei seguenti disturbi cognitivi: afasia, aprassia, agnosia, disturbi nelle funzioni esecutive (pianificare, organizzare...)

2. I deficit cognitivi devono impattare in maniera significativa sulla vita sociale e devono portare a un declino delle abilità funzionali

DIAGNOSI DI DEMENZA – DSM IV

3. Il decorso è caratterizzato da un graduale e continuo declino cognitivo
4. I deficit cognitivi non devono essere ricondotti a altre patologie a carico del sistema nervoso (es. Parkinson), a condizioni reversibili (deficit vit. B12) o ad altre sostanze che possono indurre a questa condizione
5. Il deficit cognitivo è presente anche al di fuori di episodi di delirium

DELIRIUM E DEMENZA: QUALI DIFFERENZE?

1. Sintomi iniziali (esordio)?
2. Decorso?
3. Progressione?
4. Durata?
5. Consapevolezza?
6. Vigilanza?
7. Attenzione?
8. Orientamento?
9. Memoria?
10. Pensiero
11. Percezione?
12. Comportamento psicomotorio?
13. Ciclo sonno veglia?
14. Caratteristiche associate?
15. Stato mentale nei test?

	DELIRIUM	DEMENZA
<u>Insorgenza</u>	Acuto o subacuto, spesso alla sera	Cronica, generalmente insidiosa
<u>Decorso</u>	Di breve durata, i sintomi fluttuanti di giorno peggiorano alla sera, nella notte e al risveglio	Lungo, non ci sono sintomi diurni particolari ma essi sono progressivi e relativamente stabili nel tempo
<u>Progressione</u>	Inattesa, brusca	Lenta ma costante

	DELIRIUM	DEMENZA
<u>Durata</u>	Ore, meno di un mese, raramente lunga	Mesi o anni
<u>Coscienza</u>	Ridotta	Chiara
<u>Vigilanza</u>	Apatia o ipervigile, fluttuante	Generalmente normale

	DELIRIUM	DEMENZA
<u>Attenzione</u>	Peggiorata, fluttuante	Generalmente normale
<u>Orientamento</u>	Generalmente peggiorato, fluttuante in casi severi	Può essere peggiorato
<u>Memoria</u>	Recente e immediata peggiorata	Recente e remota peggiorata
<u>Pensiero</u>	Disorganizzato, distorto, frammentato, rallentato o accelerato, parla incoerentemente	Difficoltoso alle astrazioni, pensiero impoverito, giudizio impoverito, le parole difficili da trovare

	DELIRIUM	DEMENZA
<u>Percezione</u>	Distorta; illusione, delusione, allucinazioni, difficoltà a distinguere tra la realtà e percezioni errate	Percezioni errate spesso assenti
<u>Comportamento motorio</u>	Variabile, ipocinetico, ipercinetico o entrambi	Normale, ma può esserci aprassia
<u>Ciclo sonno-veglia</u>	Disturbato, il ciclo si può invertire (scambiare il giorno per la notte)	Frammentato

	DELIRIUM	DEMENZA
<u>Caratteristiche associate</u>	Variabili cambi emotivi, sintomi da autonomia ipereccitata, esagerazioni della personalità, associato con malattie fisiche	Influisce superficialmente, labile, tenta di nascondere i deficit intellettivi, cambia la personalità, afasia, agnosia, manca di comprensione (insight)
<u>Stato mentale nei test</u>	Distratto nel suo compito	Sbaglia riguardo alla sua famiglia, frequentemente "sbaglia le risposte", fa fatica con i test, fa un grande sforzo per cercare appropriate risposte

THE CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

DESCRIZIONE:

Si basa su 9 criteri operativi per la diagnosi di delirium presenti del DSM-III-R, compresi i 4 criteri fondamentali (esordio acuto e decorso fluttuante, deficit dell'attenzione, disorganizzazione del pensiero, alterazione del livello di coscienza). La scala viene compilata in base alle informazioni raccolte dal medico durante il colloquio clinico col paziente e durante l'intervista o un familiare o a un operatore.

POPOLAZIONE:

La scala è utilizzata in ambiente sia ospedaliero (geriatria, medicina, chirurgia, ortopedia, psichiatria), sia ambulatoriale. È adoperata inoltre con pazienti oncologici in fase avanzata e anziani con demenza

THE CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

1. ESORDIO ACUTO: c'è evidenza di un'a variazione dello stato mentale rispetto a prima?
2. DEFICIT DELL'ATTENZIONE: il paziente riesce a focalizzare l'attenzione o è facilmente distraibile o ha difficoltà a seguire quello che gli viene detto? Se le distrazioni precedentemente descritte sono presenti, durante il colloquio tendono a fluttuare, cioè a comparire e scomparire e ad aumentare e diminuire in gravità?
3. DISORGANIZZAZIONE DEL PENSIERO: il paziente ha pensiero incoerente o sconnesso, ideazione illogica o no chiara o passaggio imprevedibile da soggetto a soggetto?

THE CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

4. ALTERAZIONI DEL LIVELLO DI COSCIENZA: nel complesso come valuti il livello di scienza del paziente? Vigile (normale), in allerta (ipersensibile agli stimoli, trasale facilmente), soporoso (assopito, facilmente risvegliabile), stuporoso (difficilmente risvegliabile), coma (non risvegliabile), incerto
5. DISORIENTAMENTO: il paziente risulta disorientato nel tempo e/o nello spazio in qualche momento durante il colloquio?
6. DEFICIT DI MEMORIA: il paziente ha dimostrato qualche difficoltà di memoria durante il colloquio?

THE CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

7. DISTURBI DELLA PERCEZIONE: c'è qualche evidenza di dispercezioni (es. allucinazioni, illusioni...)?
8. PARTE I – AGITAZIONE PSICOMOTORIA: il paziente ha un aumento della sua attività motoria(es. è irrequieto, manipola le lenzuola o tamburella le dita)?
9. PARTE II - RITARDO PSICOMOTORIO: il paziente ha un a diminuzione della sua attività motoria (es. lentezza, fissità dello sguardo, catatonia, rallentamento motorio)?
10. ALTERAZIONE RITOMO SONNO VEGLIA: sono presenti insonnia o inversione del ritmo sonno veglia?

THE CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

PUNTEGGIO:

La presenza di esordio acuto e decorso fluttuante e di deficit dell'attenzione, insieme a una delle altre caratteristiche cliniche principali (disorganizzazione del pensiero o alterazione del livello di coscienza), permette di porre diagnosi di delirium. I restanti elementi analizzati (disorientamento, alterazione della memoria, disturbi di percezione, agitazione o ritardo psicomotorio, alterazione del ritmo sonno veglia) permettono una caratterizzazione clinica del delirium, ma non contribuiscono alla diagnosi.

THE CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

Variabili	Delirium	Demenza
1. Insorgenza acuta	SI , ore o giorni	NO , mesi o anni
2. Andamento fluttuante	SI , nell'arco della giornata	NO declino progressivo
3. Perdita dell'attenzione	SI	SI
4. Disorganizzazione del pensiero	SI	SI , ascrivibile al deficit cognitivo
5. Alterato livello di coscienza	SI	NO
La diagnosi di delirium richiede la presenza di 1, 2, 3 ed alternativamente 4 o 5.		

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM?

La demenza è uno dei fattori predisponenti più importanti di delirium:

- il 45% dei soggetti ospedalizzati con MMSE inferiore a 24 sviluppa delirium;
- il riconoscimento di delirium è inferiore se il paziente è demente.

Rockwood K. The occurrence and duration of symptoms in elderly patients with delirium. J Gerontol 1993; 48: M162-M166.

Fick D, Foreman M. Consequences of not recognizing delirium superimposed on dementia in hospitalized elderly individuals. J Gerontol Nurs 2000; 26: 30-40.

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM?

I RISULTATI RINFORZANO L'INTUIZIONE CHE L'ABILITA' DELLE INFERMIERE A RICONOSCERE IL DELIRIUM E A DIFFERENZIARLO DALLA DEMENZA, IN SETTING DIVERSI, PUO' ESSERE ATTRIBUITA ALLA LORO PERSONALE FILOSOFIA RIGUARDO ALL'INVECCHIAMENTO.

Marianne C. McCarthy. Detecting acute confusion in older adults: comparing clinical reasoning of nurses working in acute, long-term and community health care environments. Reserch in Nursing & Healt 2003; 26: 203-212.

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM?

- All'ammissione in ospedale
- Prima e dopo un intervento chirurgico
- In una Unità di Terapia Intensiva

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM?

All'ammissione in ospedale

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM?

The study demonstrated that a simple predictive model based on 4 predisposing factors can identify at admission older persons at greatest risk for delirium.

PREDISPOSING FACTORS:

- 1.VISION IMPAIRMENT**
- 2.SEVERE ILLNESS**
- 3.COGNITIVE IMPAIRMENT**
- 4.HIGH BUN/CREATININE RATIO**

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM?

All'ammissione in ospedale

Fattori di rischio	Punteggio 1 se presente 0 se assente
Riduzione del visus	
Malattie gravi (APACHE >16)	
Deficit cognitivo (MMSE <24)	
Rapporto urea/creatinina elevato (>25)	
Fattori di rischio presenti:	

Inouye SK, Viscoli CM, Horowitz RI, Hurst LD, Tinetti ME.
A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics.
Ann Intern Med 1993;119:474-481.

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM?

All'ammissione in ospedale

Fattori di rischio	Punteggio 1 se presente 0 se assente
Riduzione del visus	ACUTE PHYSIOLOGY SCORE (APS) ETA' E PATOLOGIE CRONICHE
Malattie gravi (APACHE >16) →	
Deficit cognitivo (MMSE <24) →	il 45% dei soggetti ospedalizzati con MMSE inferiore a 24 sviluppa delirium
Rapporto urea/creatinina elevato (>25)	
Fattori di rischio presenti:	

Inouye SK, Viscoli CM, Horowitz RI, Hurst LD, Tinetti ME.
A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics.
 Ann Intern Med 1993;119:474-481.

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM?

Fattori di rischio presenti	Rischio	Incidenza (%)
0	Basso	9
1-2	Intermedio	23
3-4	Alto	83

Inouye SK, Viscoli CM, Horowitz RI, Hurst LD, Tinetti ME.
A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics.
Ann Intern Med 1993;119:474-481.

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM?

The study demonstrated that a simple predictive model based on the presence of 5 precipitating factors can be used to identify older medical patients at high risk for development of delirium during hospitalisation.

PRECIPITATING

FACTORS:

1. USE OF PHYSICAL RESTRAINTS
2. MALNUTRITION
3. MORE THAN 3 MEDICATIONS ADDED
4. BLADDER CATHETER
5. ANY IATROGENIC EVENTS

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM?

- Dal 10 al 15% degli anziani che giungono in Pronto Soccorso manifesta già un delirium.

Naughton B, Moran MB, Kadah H, et al. Delirium and other cognitive impairments in older adults in an emergency department. *Ann Emerg Med* 1995;25:751-5.

Levkoff SE, Evans DA, Liptzin B, et al. Delirium. The occurrence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients. *Arch Int Med* 1992;152:334-40.

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM?

Diagnosi di Delirium secondo il DSM IV

1. Disturbo dello stato di coscienza (ridotta consapevolezza dell'ambiente) con ridotta capacità di fissare, mantenere e spostare l'attenzione.
2. Alterazioni della sfera cognitiva (deficit di memoria, disorientamento temporo-spaziale, disturbi del linguaggio) non giustificabili da una demenza preesistente o in evoluzione.

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM?

Diagnosi di Delirium secondo il DSM IV

3. Il disturbo si manifesta in un periodo di tempo breve (di solito ore o giorni) ed ha un decorso fluttuante nel corso della giornata.
4. C'è evidenza dalla storia, dall'esame obiettivo, o da altri accertamenti, che il disturbo è una diretta conseguenza di una patologia medica in corso, di un'intossicazione da farmaci o da una sindrome di astinenza..

THE CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

All'ammissione in ospedale

Variabili	Punteggio 1 se presente 0 se assente
1. Insorgenza acuta C'è stato un cambiamento acuto nello stato mentale del paziente rispetto alla sua situazione di base?	
2. Andamento fluttuante Il comportamento anormale varia durante la giornata, per esempio va e viene o si modifica di intensità?	
3. Perdita dell'attenzione	
4. Disorganizzazione del pensiero	
5. Alterato livello di coscienza 0= vigile 1= iperallerta, letargia, stupor, coma	
La diagnosi di delirium richiede la presenza di 1, 2, 3 ed alternativamente 4 o 5.	TOT:_____

Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI.
Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method, a new method for detection of delirium. Ann Intern Med 1990; 113: 941-948.

THE CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

All'ammissione in ospedale

Variabili	Punteggio 1 se presente 0 se assente
1. Insorgenza acuta C'è stato un cambiamento acuto nello stato mentale del paziente rispetto alla sua situazione di base?	
2. Andamento fluttuante Il comportamento anormale varia durante la giornata, per esempio va e viene o si modifica di intensità?	
3. Perdita dell'attenzione	
4. Disorganizzazione del pensiero	
5. Alterato livello di coscienza 0= vigile 1= iperallerta, letargia, stupor, coma	
La diagnosi di delirium richiede la presenza di 1, 2, 3 ed alternativamente 4 o 5.	TOT: _____

Raccolta informazioni dai familiari

Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. *Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method, a new method for detection of delirium.* Ann Intern Med 1990; 113: 941-948.

NEECHAM SCALE

Strumento di valutazione composto da 9 items divisi in 3 domini principali:

1. PROCESSING
2. COMPORTAMENTO
3. PARAMETRI FISIOLOGICI

INDICE:

Da 0 a 30 dove 30 corrisponde alla normalità

Neelon, V. J et Al. (1996). The NEECHAM confusion scale: Construction, validation, and clinical testing. *Nursing Research*, 45, 324-330.

NEECHAM SCALE

Livelli di Assessment della Neecham Scale

La scala include tre diversi livelli di assessment:

1. PROCESSING

- Attenzione/vigilanza
- Abilità ad eseguire comandi complessi
- Orientamento e memoria

2. COMPORTAMENTO

- Presentabilità
- Comportamento motorio
- Eloquio

3. PARAMETRI FISIOLÓGICI

- Parametri vitali
- Ossigenazione
- Continenza

Per ciascuna variabile richiesta dai tre livelli è proposta una scala di valutazione per complessive 9 scale di valutazione

NEECHAM SCALE

PROCESSING ATTENZIONE

All'ammissione in ospedale

4	PIENA ATTENZIONE
3	BASSA O ALTA ATTENZIONE
2	ATTENZIONE INCONSISTENTE O INAPPROPRIATA
1	ATTENZIONE DISTURBATA
0	RISVEGLIO DEPRESSO

PROCESSING

NEECHAM SCALE

ABILITA' E ESEGUIRE COMPITI COMPESSI/SEMPLICI

All'ammissione in ospedale

5	Abile ad eseguire un compito complesso	Suoni il campanello per chiamare l'infermiera
4	Rallentato nell'esecuzione del compito complesso	Richiede incitamento o ripetizione del comando, non porta a termine il compito
3	Abile ad eseguire un compito semplice	Alzi la mano
2	Incapace di eseguire un compito semplice	Il compito deve essere simulato. La risposta è lenta
1	Incapace di seguire un semplice compito simulato	La richiesta provoca reazioni sproporzionate
0	Ipoattivo/letargico	Non risponde agli stimoli proposti

NEECHAM SCALE

PROCESSING ORIENTAMENTO

All'ammissione in ospedale

5	ORIENTATO NEL TEMPO NELLO SPAZIO E CON LE PERSONE
4	ORIENTATO NELLE PERSONE E NELLO SPAZIO
3	ORIENTAMENTO INCONSISTENTE
2	DISORIENTATO E DISTURBO DELLA MEMORIA
1	DISORIENTATO E DISTURBI DEL RICONOSCIMENTO
0	ELABORAZIONE DEGLI STIMOLI INCONSISTENTE

NEECHAM SCALE

COMPORTAMENTO PRESENTABILITA'

All'ammissione in ospedale

2	ALL'APPARENZA MANTIENE POSTURE ADEGUATE. IGIENE ADEGUATA
1	DISTURBI NELLA POSTURA O NELL'ASPETTO
0	POSTURA E APPARENZA DISTURBATI

NEECHAM SCALE

COMPORTAMENTO COMPORTAMENTO MOTORIO

All'ammissione in ospedale

4	COMPORTAMENTO MOTORIO NORMALE
3	COMPORTAMENTO MOTORIO LENTO O IPERATTIVO
2	COMPORTAMENTO MOTORIO DISTURBATO
1	COMPORTAMENTO MOTORIO INAPPROPRIATO, MOVIMENTI DISTRUTTIVI
0	COMPORTAMENTO MOTORIO ASSENTE

NEECHAM SCALE

COMPORTAMENTO

ELOQUIO

All'ammissione in ospedale

4	CAPACITA' DI INIZIARE UN DISCORSO CORRETTO
3	DIFFICOLTA' A INIZIARE UN DISCORSO CORRETTO
2	ELOQUIO INAPPROPRIATO
1	ELOQUIO DISTURBATO (ANCHE NEL VOLUME)
0	SUONI ANORMALI

NEECHAM SCALE

PARAMETRI FISIOLGICI

FUNZIONI VITALI

All'ammissione in ospedale

2	PRESSIONE ARTERIOSA , TEMPERATURA CORPOREA E FREQUENZA RESPIRATORIA NELLA NORMA
1	UN PARAMETRO VITALE FUORI DALLA NORMA
0	DUE O PIU' PARAMETRI FUORI DALLA NORMA

NEECHAM SCALE

PARAMETRI FISIOLGICI SATURAZIONE OSSIGENO

All'ammissione in ospedale

2	O2 SAT E' NEI RANGE NORMALI ($\geq 93\%$)
1	O2 SAT E' TRA IL 90% E IL 92% O IL PAZIENTE RICEVE OSSIGENO
0	O2 E' SOTTO IL 90%

NEECHAM SCALE

PARAMETRI FISIOLGICI

CONTINENZA URINARIA

All'ammissione in ospedale

2	MANTIENE LA CONTINENZA URINARIA
1	INCONTINENTE ALLE URINE NELLE ULTIME 24 ORE O CATETARE ESTERNO
0	INCONTINENTE O PORTATORE DI CATETARE A PERMANENZA O INTERMITTENTE O ANURICO

NEECHAM SCALE

Attribuzione del punteggio

Livello	Punteggio
Livello 1 PROCESSING	0-14
Livello 2 COMPORTAMENTO	0-10
Livello 3 PARAMETRI FISIOLOGICI	0-6
Punteggio Totale	0-30

NEECHAM SCALE

Interpretazione del del punteggio

Punteggio	Interpretazione
0-19	Delirium severo
20-24	Delirium lieve o precoce sviluppo di delirium
25-26	Ad alto rischio di sviluppare delirium
27-30	No delirium

Come valutare il rischio di delirium

Prima di un intervento chirurgico

Come valutare il rischio di delirium?

Clinical prediction rule for post-surgical delirium

- Abuso alcolico 1
- Deficit cognitivo 1
- Disabilità severa 1
- Disturbo elettrolitico o glicemico pre-operatorio 1
- Chirurgia maggiore 2
- Chirurgia toracica non cardiaca 1
- Età superiore ai 70 anni 1

Marcantonio et al. JAMA 1994 134-139

Come valutare il rischio di delirium?

Clinical prediction rule for post-surgical delirium

Punteggio totale	Incidenza di delirium (%)
0	2
1 o 2	11
≥ 3	50

Prima di un intervento chirurgico

Come valutare il rischio di delirium

Dopo un intervento chirurgico

Come valutare il rischio di delirium

Dopo un intervento chirurgico

Cause di Delirium postoperatorio

- Ipossia cerebrale perichirurgica
- Ipotensione
- Aumento di cortisolo da stress chirurgico
- Uso di farmaci narcotici con attività anticolinergica
- Dolore postchirurgico
- Alterazioni idro-elettrolitiche

Brauer C, Morrison RS, Silberzweig SB, Siu AL. The cause of Delirium in patients with hip fracture. Arch Intern Med 2000; 160: 1856-1860.

Come valutare il rischio di delirium

Dopo un intervento chirurgico

Cause di Delirium postoperatorio

- Ipossia cerebrale perichirurgica
- Ipotensione
- Aumento di cortisolo da stress chirurgico
- Uso di farmaci narcotici con attività anticolinergica
- Dolore postchirurgico
- Alterazioni idro-elettrolitiche

Monitoraggio sistematico dei
soggetti a rischio

Brauer C, Morrison RS, Silberzweig SB, Siu AL. The cause of Delirium in patients with hip fracture. Arch Intern Med 2000; 160: 1856-1860.

Come valutare il rischio di delirium

In una Unità di Terapia Intensiva

Come valutare il rischio di delirium

Fattori di rischio specifici

- Ipertensione
- Essere fumatori
- Utilizzo di oppiacei in ICU

Dubois MJ, Bergeron N, Dumont M, et al. Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors. *Intensive Care Med* 2001;27:1297-1304.

Dial S, Payne J. Managing delirium in the intensive care unit. *Clin Pulm Med* 2002;9:260-6

Come valutare il delirium

Eden et al. hanno identificato due motivi del mancato riconoscimento del delirium in un'unità di terapia intensiva:

1. la non conoscenza da parte del personale infermieristico dei criteri e dei metodi di identificazione del delirium;
2. l'assenza di comunicazione tra i membri dello staff sull'insorgenza di sintomi indicativi di delirium.

The Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

In una Unità di Terapia Intensiva

Variabili	1day	2day	3day	5day	4day
Alterato livello di coscienza*					
Disattenzione					
Disorientamento					
Allucinazioni, illusioni					
Agitazione psicomotoria o rallentamento					
Eloquio e reazioni inappropriate					
Alterazioni del ciclo sonno veglia					
Fluttuazione dei sintomi					
Punteggio Totale					

Bergeron N, et Al., Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool. Intensive Care Med 2001;27(5):859-64.

The Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

Alterato livello di coscienza	Punteggio
A. Non risponde	-
B. Risponde a intensi e ripetuti stimoli	-
C. Risponde a lievi moderati stimoli	1
D. Normale risposta	0
E. Esagerata risposta a stimoli normali	1

Se il livello di coscienza è A o B non proseguire nella valutazione per il periodo considerato

Bergeron N, et Al.: Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool. Intensive Care Med 2001;27(5):859-64.

The Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

Istruzioni

Il soggetto è valutato ogni otto ore e il punteggio registrato si riferisce alle 24 ore precedenti

Interpretazione punteggio

Un punteggio totale ≥ 4 si correla alla presenza di delirium

Bergeron N, et Al.: Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool. Intensive Care Med 2001;27(5):859-64.

The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

In una Unità di Terapia Intensiva

Variabili	Punteggio 1 se presente 0 se assente
<p>1. Insorgenza acuta e Andamento fluttuante C'è stato un cambiamento acuto nello stato mentale del paziente rispetto alla sua situazione di base? Il comportamento anormale varia durante la giornata, per esempio va e viene o si modifica di intensità? Da rilevare con Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) or the Glasgow Coma Scale</p>	
<p>3. Perdita dell'attenzione Da rilevare con Attention Screening Examination (ASE)</p>	
<p>4. Disorganizzazione del pensiero Da rilevare con il test delle 4 domande</p>	
<p>5. Alterato livello di coscienza 0= vigile 1= iperallerta, letargia, stupor, coma</p>	
<p>La diagnosi di delirium richiede la presenza di 1, 2 ed alternativamente 3 o 4</p>	<p>TOT: _____</p>

Ely EW, et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Crit Care Med 2001; 29:1370-1379.

E' possibile, e come, prevenire la comparsa di delirium?

Deterioramento cognitivo

- training di orientamento e di stimolazione cognitiva

Insonnia

- tecniche di rilassamento, eliminazione fattori disturbanti, interventi farmacologici e non

Immobilità

- mobilizzazione precoce con programmi di deambulazione o esercizi fisici

Deficit visivo

- correzione deficit (con occhiali) e utilizzazione oggetti e materiali per ipovedenti

Deficit uditivo

- correzione con protesi ed uso di speciali tecniche di comunicazione

Disidratazione

- Individuazione soggetti con rapporto azotemia/creatinina ≥ 18 e correzione precoce

Ma la prevenzione funziona?

S.K. Inouye et al., A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. N Engl J Med 1999; 340: 669-676.

Ma la prevenzione funziona?

Obiettivo: verificare se un intervento preventivo mirato nell'anziano ospedalizzato è in grado di ridurre l'incidenza di delirium, complicanza che, negli USA, interessa ogni anno 2,3 milioni di anziani ospedalizzati, per un totale di 17,5 milioni di giornate di degenza, con una spesa per il servizio sanitario superiore a 4 miliardi di dollari, a cui si deve aggiungere quella per l'istituzionalizzazione, la riabilitazione e l'assistenza domiciliare.

Metodologia: studio clinico non randomizzato, caso-controllo, su anziani non selezionati ricoverati per problematiche mediche acute.

Pazienti e metodi: sono stati arruolati 852 pazienti anziani ricoverati nell'Unità di medicina generale del New Haven Hospital dell'Università di Yale. Essi sono stati suddivisi in due gruppi di intervento omogenei per età, sesso, stato civile, livello di istruzione, stato clinico, funzionale e cognitivo, entità del rischio di delirium.

Ma la prevenzione funziona?

Pazienti e metodi: Il primo gruppo veniva seguito da un team multidisciplinare composto da un geriatra, un infermiere professionale, un fisioterapista, un terapeuta occupazionale, due unità di assistenza e da volontari appositamente addestrati. Il secondo gruppo era invece assistito dal personale medico ed infermieristico tipico di un'Unità di medicina generale.

Il protocollo utilizzato dal gruppo VMD prevedeva l'identificazione e la correzione dei principali fattori di rischio di delirium per l'anziano ospedalizzato mediante una metodologia elaborata ad hoc

Ma la prevenzione funziona?

Deterioramento cognitivo

- Tutti i soggetti (se MMSE >20 una volta al giorno; se MMSE <20, tre volte al giorno) erano sottoposti a training di orientamento e di stimolazione cognitiva

Insonnia

- tecniche di rilassamento, eliminazione fattori disturbanti, interventi farmacologici e non

Immobilità

- mobilizzazione precoce con programmi di deambulazione o esercizi fisici

Ma la prevenzione funziona?

Deficit visivo

- correzione deficit (con occhiali) e utilizzazione oggetti e materiali per ipovedenti

Deficit uditivo

- correzione con protesi ed uso di speciali tecniche di comunicazione

Disidratazione

- Individuazione soggetti con rapporto azotemia/creatinina ≥ 18 e correzione precoce

Ma la prevenzione funziona?

Risultati: nel gruppo sottoposto a valutazione multidimensionale e trattato con intervento multidisciplinare, il numero di pazienti anziani che avevano sviluppato uno stato confusionale acuto è risultato significativamente inferiore, 9,9% verso 15%

Ma la prevenzione funziona?

Incidenza, gravità ed episodi di recidiva del delirium nei due gruppi		
Risultati	Gruppo intervento	Gruppo Controllo
Tutti i pazienti arruolati (n. 852)		
Primo episodio di delirium	9,9%	15%
Giorni di delirium (totale)	105	161
Numero degli episodi di delirium	62	90
Pazienti colpiti da delirium (n. 106)		
Gravità (media)*	3,85 ± 1,27	3,52 ± 1,44
Recidive (due o più episodi)	31%	26,6%

Ma la prevenzione funziona?

Conclusioni: un programma d'intervento basato sulla VMD e sulla gestione dei pazienti da parte di un team multidisciplinare coordinato da un geriatra riduce l'incidenza di delirium nei pazienti anziani ospedalizzati per problematiche mediche acute.

Ma la prevenzione funziona?

Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM
Reducing delirium after hip fracture: a randomized
trial. *J Am Geriatr Soc* 2001 May;49(5):516-22.

Ma la prevenzione funziona?

Obiettivo: verificare se una consulenza geriatrica strutturata preoperatoria è in grado di prevenire la comparsa di delirium

Metodologia: studio clinico randomizzato in soggetti anziani ricoverati in ortopedia per frattura di femore, ricoverati per problematiche mediche acute.

Pazienti e metodi: sono stati arruolati 126 pazienti anziani ricoverati in ortopedia per frattura di femore. Essi sono stati suddivisi in due gruppi di intervento omogenei per età, sesso, stato civile, livello di istruzione, stato clinico, funzionale e cognitivo, entità del rischio di delirium.

Ma la prevenzione funziona?

Pazienti e metodi: sono stati arruolati 126 pazienti anziani ricoverati in ortopedia e operati per frattura di femore. Essi sono stati suddivisi in due gruppi di intervento omogenei per età, sesso, stato civile, livello di istruzione, stato clinico, funzionale e cognitivo, entità del rischio di delirium.

I soggetti del gruppo di intervento erano visitati dal geriatra una volta al giorno ed erano assistiti secondo specifici protocolli.

I soggetti del gruppo di intervento erano seguiti dall'ortopedico con consulenza geriatrica al bisogno.

Indicatori di risultato: delirium, LOS

Protocolli utilizzati:

- Controllo/gestione dei fluidi e degli elettroliti
- Gestione del dolore
- Controllo delle terapie farmacologiche non necessarie
- Controllo minzione e defecazione
- Nutrizione
- Mobilizzazione
- Ossigenazione
- Prevenzione delle complicanze
- Stimolazione cognitiva
- Trattamento del delirium ipercinetico

Risultati:

	Intervention	Control	P
Incidenza di delirium	20 (32%)	32 (50%)	0.04
Incidenza delirium severo	7 (12%)	18 (29%)	0.02
Degenza ospedaliera in giorni	5	5	NS
Delirium alla dimissione	8 (13%)	12 (19%)	NS

Ma la prevenzione funziona?

Conclusioni: la consulenza geriatrica e la sistematica adozione di protocolli per la gestione delle situazioni cliniche più comuni riduce in maniera significativa l'incidenza di delirium in soggetti operati per frattura di femore.

PREVENIRE E' PIU FACILE!!!!

FATTORI PREDISPONENTI



PREVENZIONE



FATTORI PRECIPITANTI

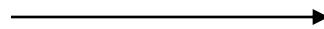
FATTORI PRECIPITANTI

1. Evento clinico avverso
2. Intervento di chirurgia maggiore
3. Ricovero in UTI
4. Farmaci psicoattivi
5. Deprivazione del sonno
6. Ipotensione
7. Febbre e ipotermia
8. Disordini metabolico
9. Uso della contenzione fisica
10. Dolore
11. Cateterismo vescicale

ATTENZIONE A...

Evento clinico avverso:

- Cadute
 - Fratture
 - Distorsioni
 - Lussazioni
- Allettamento



**AMBIENTE
SICURO**



**MOBILIZZAZIONE
PREOCE**

ATTENZIONE A...

Evitare, quando possibile, l'uso di farmaci a rischio, in modo particolare associando 5 delle seguenti categorie:

- Anticonvulsivi
- Barbiturici
- Diuretici
- Insulina o agenti ipoglicemizzanti
- Anticolinergici
- Antipsicotici
- Antidepressivi
- Benzodiazepine
- Narcotici
- Glucoside cardiaco
- Istamina h2 antagonista

ATTENZIONE A...

Deprivazione di sonno:

- Riorientamento temporale finalizzato al riconoscimento del giorno e dalla la notte
- Adeguamento dell'ambiente circostante (evitare ad es. le luci sempre accese)

ATTENZIONE A...

Febbre o ipotermia:

- Trattamento immediato delle infezioni:
 - Respiratorie
 - Urinarie
 - Croniche
 - Ricadute da precedenti infezioni

ATTENZIONE A...

Disturbi metabolici (aggravamento):

- Diabete mellito
- Ipo/ipertiroidismo
- Broncopatia cronica
- Arteriosclerosi
- Insufficienza cerebrovascolare
- Cancro
- Depressione
- Alzheimer

ATTENZIONE A...

Contenzione fisica:

- La contenzione fisica dovrebbe essere usata soltanto come ultima risorsa e soltanto quando i potenziali benefici sono più grandi del danno potenziale.
- Se la contenzione fisica deve essere usata, allora è raccomandato che sia impiegato solo il livello minimo di contenzione che assicura la sicurezza della persona, o che facilita il trattamento.

ATTENZIONE A...

Dolore:

Maria Frampton
Review

**Experience assessment and management of
pain in people with dementia**

Age and Ageing 2003; 32: 248-251

La consapevolezza da parte dei medici (e degli infermieri) della possibile presenza/esperienza di dolore nei soggetti dementi è il presupposto fondamentale alla valutazione e al trattamento.

ATTENZIONE A...

Cateterismo vescicale:

- Come tutti i presidi invasivi è da utilizzare solo quando le condizioni del paziente sono tali da non consentire altre alternative.

DELIRIUM: INTERVENTI

Mussi C, Salvioli G

*Linee guida per la diagnosi e la terapia del delirium
nell'anziano.*

Giornale di gerontologia, 2000.

DELIRIUM: INTERVENTI

Definizione del grado di evidenza

- **Grado 1a** Risultati ottenuti da meta-analisi o trials randomizzati e controllati (RCT).
- **Grado 1b** Almeno un RCT.
- **Grado 2a** Almeno uno studio controllato, anche se non randomizzato.
- **Grado 2b** Risultati ottenuti da studi analitici ben progettati, caso-controllo o di coorte.

DELIRIUM: INTERVENTI

Definizione del grado di evidenza

- **Grado 3** Almeno uno studio ben disegnato, anche se non sperimentale; fanno parte di questo gruppo studi non controllati che hanno ottenuto risultati molto significativi.
- **Grado 4** Opinioni di singoli esperti o di gruppi di studio, esperienze cliniche e studi descrittivi.

TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO

1. Fornire adeguata idratazione e regolare apporto nutritivo (Evidenza 3)
2. Supporto di ossigeno se necessario (perché l'ipossia riduce le prestazioni cerebrali)
3. ROT (Reality orientation)
4. Interventi ambientali e approccio multidisciplinare (evidenza 1a)

TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO

5. Staff costante
6. Correzione dei deficit sensoriali
7. Mobilizzare precocemente
8. Ambiente protetto
9. Trattare il dolore
10. Regularizzare la funzione urinaria e intestinale

TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO

Caratteristiche ambientali

L'ambiente deve:

1. essere calmo e tranquillo, con illuminazione buona ma non eccessiva, che eviti possibilmente le ombre (causano illusioni); deve tendere a conservare il ritmo giorno-notte;
2. evitare la deprivazione sensoriale, ma eliminare i rumori improvvisi e fastidiosi;
3. favorire l'orientamento (grandi orologi, calendari ben leggibili, colori);

TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO

4. avere il campanello di chiamata facilmente accessibile;
5. essere provvisto di oggetti familiari (fotografie, oggetti conosciuti);
6. evitare la presenza di due pazienti agitati nella stessa stanza;
7. evitare il più possibile i trasferimenti e i cambiamenti;
8. possedere percorsi specifici per i pazienti con wandering.

TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO

I farmaci devono essere utilizzati solo quando non sono serviti i mezzi non farmacologici:

- Ⓢ Quando l'agitazione causa uno sforzo eccessivo per l'apparato cardiocircolatorio
- Ⓢ Quando diventa impossibile trattare la causa
- Ⓢ Quando il paziente è pericoloso per sé e per gli altri

DELIRIUM INTERVENTI

*Practice Guideline for the Treatment of Patients with
Delirium*

American Psychiatric Association May 1999

GESTIONE DEL DELIRIUM

- Necessità di un team multidisciplinare
- Escludere le diagnosi differenziali (demenza, depressione)
- Ricercare e correggere le cause sottostanti
- Trattare le cause reversibili
- Monitoraggio parametri vitali
- Monitoraggio bilancio idro-elettrolitico
- Monitoraggio ossigenazione

GESTIONE DEL DELIRIUM

- Rivalutare frequentemente la terapia
- Interrompere la terapia non essenziale
- Prevenire le complicanze
- Monitorare i disturbi comportamentali
- Garantire la sicurezza
- Valutare e monitorare i sintomi psichiatrici

GESTIONE DEL DELIRIUM

- Raccogliere dati circa la storia e le caratteristiche sociali del paziente e della famiglia
- Stabilire una solida alleanza con il paziente e con i familiari
- Educare lo staff infermieristico sulle caratteristiche del delirium, sulle cause, fattori di rischio, segni e sintomi e sul decorso
- Stabilire la gestione del post-delirium

TRATTARE LE CAUSE REVERSIBILI

- Deve essere data **alta priorità** alla correzione delle seguenti condizioni:
 - Ipoglicemia
 - Ipossia (polmonite, ostruzioni, patologie cardiache, ipotensione, anemia severa)
 - Ipertermia
 - Iperensione
 - Deficienza di vitamina B1
 - Sindromi di astinenza da farmaci o da alcool

TRATTARE LE CAUSE REVERSIBILI

<i>Condizione</i>	<i>Trattamento</i>
Ipoglicemia	Esame del sangue e delle urine Glucosata ev
Ipossia o anossia	Ossigeno terapia
Ipertermia	Rapido raffreddamento
Ipertensione severa (260/150)	Trattamento antipertensivo
Crisi di astinenza alcolica	Appropriata terapia farmacologica Vit. B, glucosio ev, folati, magnesio, fosfato

MONITORARE I DISTURBI COMPORTAMENTALI

Possibili disturbi comportamentali

- Alterazioni sonno-veglia
- Aggressività
- Agitazione psicomotoria

MONITORARE I DISTURBI COMPORTAMENTALI

Valutare ulteriormente i pazienti relativamente a:

- Rischio di caduta
- Vagabondaggio

GARANTIRE LA SICUREZZA

Evitare la contenzione fisica

- Aumenta l'agitazione
- Aumenta il rischio di lesioni gravi

Ricorrere alla contenzione fisica **solo** quando gli altri mezzi per garantire la sicurezza non sono appropriati o efficaci

GARANTIRE LA SICUREZZA

- Se si ricorre alla contenzione fisica **monitorare frequentemente** il paziente
- **Documentare** i motivi e i modi della contenzione
- **Coinvolgere i familiari** nella decisione di contenere

VALUTARE E MONITORARE I SINTOMI PSICHIATRICI

- **Possibili sintomi psichiatrici**
 - Depressione
 - Volontà suicidaria
 - Allucinazioni
 - Ansia
 - Agitazione
 - Disinibizione
 - Labilità affettiva

VALUTARE E MONITORARE I SINTOMI PSICHIATRICI

- **Indagare sulla volontà suicidaria** (deficit cognitivo, allucinazioni o delusioni)
- **Minimizzare il rischio di suicidio**
 - Rimuovere oggetti pericolosi
 - Aumentare la sorveglianza
 - Corretta farmacoterapia
 - Indagare sull' efficacia degli interventi

STABILIRE UNA SOLIDA ALLEANZA CON PAZIENTE E FAMILIARI

- La famiglia può diventare una risorsa critica e un notevole supporto per il paziente
- La famiglia e il paziente vanno educati sul delirium, le sue cause, il decorso
- Vanno rassicurati sul fatto che il delirium è una condizione temporanea e strettamente legata a condizioni cliniche

INTERVENTI

- Interventi ambientali
- Interventi di educazione e supporto al paziente
- Interventi di educazione e supporto alla famiglia
- Interventi somatici (farmacologici)

INTERVENTI AMBIENTALI

- Nelle terapie intensive la mancanza di riferimenti temporali acuisce o scatena il delirium
- La presenza di rumore legato ai monitor, agli allarmi degli stessi, è un fattore stressante per il paziente

INTERVENTI AMBIENTALI

- Modificazioni strutturali (finestre)
- Luci diverse per il giorno e la notte
- Luci notturne
- Ridurre il rumore
- Ridurre la monotonia ed equilibrare gli stimoli
- Mettere calendari e orologi ben visibili
- Rendere l'ambiente il più familiare possibile

INTERVENTI DI EDUCAZIONE E SUPPORTO

- Si pongono come obiettivo quello di ridurre il disorientamento
- Interventi di orientamento (Rot)
- Spiegare al paziente cosa sta succedendo
- Spiegare al paziente che il delirium è una condizione temporanea e reversibile

INTERVENTI DI EDUCAZIONE E SUPPORTO

- Educare la famiglia a riconoscere e gestire il delirium
- Rassicurare sulle caratteristiche reversibili e temporanee del delirium
- Incoraggiare la famiglia a rassicurare e riorientare il paziente
- Incoraggiare la famiglia e rendere il più familiare possibile l'ambiente

INTERVENTI SOMATICI

Il trattamento d'elezione è farmacologico

- Farmaci antipsicotici (Aloperidolo r Risperidone)
- Benzodiazepine
- Farmaci ad azione colinergica
- Vitamine

COME AGIRE????

LA CURA DEL DELIRIUM: UN LUOGO PER LA COLLABORAZIONE TRA MEDICO E INFERMIERE

Giuseppe Bellelli, Marco Pagani, Vincenzo De Marco, Marco Trabucchi

OBIETTIVO

Dimostrare che l'uso quotidiano di strumenti di monitoraggio specifici dello stato di vigilanza, in associazione alla formazione dello staff assistenziale, può elevare la sensibilità diagnostica nei confronti del delirium

LA CURA DEL DELIRIUM: UN LUOGO PER LA COLLABORAZIONE TRA MEDICO E INFERMIERE

Giuseppe Bellelli, Marco Pagani, Vincenzo De Marco, Marco Trabucchi

MODELLO DI RIFERIMENTO

- Il modello di riferimento preso in considerazione per lo studio è quello sviluppato da Marcantonio nel 2000 definito Delirium Abatement Program (DAP) che ha come obiettivo quello di ridurre la durata del delirium nei soggetti trasferiti da reparti ospedalieri per acuti in strutture di riabilitazione nei quali sia riscontrato delirium all'ammissione.
- Il modello fu implementato in 8 skilled nursing facilities dell'area di Boston, Massachusetts.

LA CURA DEL DELIRIUM: UN LUOGO PER LA COLLABORAZIONE TRA MEDICO E INFERMIERE

Giuseppe Bellelli, Marco Pagani, Vincenzo De Marco, Marco Trabucchi

DAP

Il DAP si compone di 4 moduli

1. Screening del delirium
2. Assessment e trattamento delle cause delirium
3. Prevenzione e gestione delle complicanze del delirium
4. Strategie di riabilitazione del delirium

Minimum data set di screening del delirium

(modificato da Marcantonio et al, JAGS in press)

Si	No	<p><u>Facile distraibilità</u> (es. difficoltà nel mantenere l'attenzione; divagare)</p> <p>Chiedere al paziente: <i>Mi può ripetere i giorni della settimana al contrario, partendo dal sabato?</i></p> <p>(E' possibile suggerire "Quale giorno precede il sabato?"; se il paziente si ferma in qualunque momento si può dire "Qual è il giorno precedente all'ultimo che ha menzionato?" Si possono fornire 2 suggerimenti per giorno)</p> <p>Se il paziente non è in grado di eseguire correttamente l'esercizio o si rifiuta, cerchiare "Si"</p>
Si	No	<p><u>Periodi di percezione alterata o mancata consapevolezza dell'ambiente circostante</u></p> <p>(es. parlare con qualcuno che non è presente; udire, sentire o percepire qualcosa che può non esser presente in quel luogo; credere di essere in un altro luogo; confondere il giorno con la notte)</p> <p>Chiedere al paziente: <i>Vede, sente o percepisce delle cose strane?</i></p> <p>Se il paziente risponde si o se si osservano tali comportamenti, cerchiare "Si"</p>

Minimum data set di screening del delirium

(modificato da Marcantonio et al, JAGS in press)

Si	No	<p><u>Episodi di eloquio disorganizzato</u> (es. l'eloquio è incoerente o sconnesso, privo di significato, irrilevante; fuga del pensiero; affermazioni fra loro contraddittorie)</p> <p>Chiedere al paziente: <i>Cosa l'ha condotta in ospedale?</i> <i>Perché è qui ora?</i></p> <p>Se il paziente risponde in modo inappropriato o illogico, cerchiare "Si"</p>
Si	No	<p><u>Periodi di irrequietezza</u> (es. agitarsi, vestirsi e rivestirsi, giocare con il fazzoletto; cambiare frequentemente posizione; urlare)</p> <p>Osservare il paziente : se uno qualsiasi di tali comportamenti è presente, cerchiare "Si"</p>

Minimum data set di screening del delirium (modificato da Marcantonio et al, JAGS in press)

SCREENING DEL DELIRIUM

Si	No	<p><u>Periodi di apatia</u> (sonnolenza o indolenza; sguardo fisso nello spazio; difficoltà a risvegliarsi; limitato movimento del corpo)</p> <p>Osservare il paziente : se uno qualsiasi di tali comportamenti è presente, cerchiare “Si”</p>
Si	No	<p><u>Fluttuazione delle performances cognitive nel corso della giornata</u> (es. a volte meglio, a volte peggio; i comportamenti compaiono e scompaiono)</p> <p>Considera le differenze a livello comportamentale o cognitivo fra i diversi resoconti o fra il giorno e la notte</p> <p>Se uno qualsiasi di tali cambiamenti è presente, cerchiare “Si”</p>

Cause possibili di delirium	È presente una delle seguenti condizioni?	Si/No	
Farmaci	<ul style="list-style-type: none"> •Nuovi farmaci, modificazioni del dosaggio o discontinuità nella somministrazione •Farmaci con effetti neurologici (es. sedativi, narcotici, anticolinergici) <p>Se si, contattare il medico per eventuale correzione della terapia</p>	Si	No
Infezioni	<ul style="list-style-type: none"> •Segno/segni di infezione: febbre, congestione, lesione arrossata, secrezioni purulente •Infezione delle vie urinarie, polmonite, ferita infetta, altro <p>Se si, contattare il medico per esami del sangue, culture, terapia antibiotica</p>	Si	No

Cause possibili di delirium	È presente una delle seguenti condizioni?	Si/No	
Liquidi	<ul style="list-style-type: none"> •Disidratazione: mucose disidratate, scarsa assunzione di liquidi, febbre, diarrea, terapia diuretica •Scompenso cardiaco: dispnea, difficoltà nel cammino, edema agli arti inferiori <p>Se si, contattare il medico per eventuale terapia intravenosa/diuretica</p>	Si	No
Dolore non controllato	<ul style="list-style-type: none"> •Dolore non controllato: dolore riferito, smorfie, agitazione •La dose dei farmaci per il controllo del dolore è adeguata, sono stati prescritti farmaci non narcotici, sono stati utilizzati farmaci per il controllo del dolore solo al bisogno e non regolarmente <p>Se si, contattare il medico per eventuale correzione della terapia e per accorgimenti non farmacologici: posizionamento, impacchi freddi o caldi</p>	Si	No

Mnemonic per la prevenzione e gestione delle complicanze

1.	Incontinenza urinaria/Catetere permanente
	Rimozione del catetere, a meno che vi sia incontinenza urinaria
	Impostazione di programma di igiene regolare
	Se il paziente è in grado di recarsi in bagno in modo autonomo, impostazione di programma di rapida minzione
2.	Ulcere da pressione
	Mobilizzazione del paziente al di fuori del letto, tenendo conto della necessità di sicurezza
	Se il paziente non può essere mobilizzato, impostazione di programma intensivo di prevenzione delle ulcere da pressione
3	Cadute/ferite
	Modificazione dell'ambiente circostante per garantire la sicurezza
	Rimozione, quando possibile, delle contenzioni fisiche
	Interruzione o riduzione graduale dell'uso di farmaci sedativi

Mnemonic per la prevenzione e gestione delle complicanze

4. Problemi sonno
Abolizione dell'uso di sonniferi, anche se prescritti, a meno che fallisca il protocollo sottoriportato
Realizzazione di programma non farmacologico di igiene del sonno che includa: <ul style="list-style-type: none">Adesione al normale ciclo sonno-veglia del pazienteRiduzione dei "riposi" quotidianiEsposizione quotidiana alla luce del soleRiduzione caffeina e non somministrazione di diuretici nel pomeriggioEsercizio fisico serotinoRiduzione dei rumori, dell'illuminazione e di altre fonti di disturbo notturno
Realizzazione di protocollo del sonno notturno che includa: <ul style="list-style-type: none">possibilità di coricarsi alle 21 o dopo (anche se abitualmente il paziente si corica prima)utilizzo di luce soffuse durante il riposo notturnomusica rilassante utilizzando cuffie/stereo programmatobevanda calda decaffeinatamassaggio rilassante alla schiena

Mnemonic per la prevenzione e gestione delle complicanze

5.	Malnutrizione/aspirazione
	Controllo del cibo assunto, focalizzandosi su ciò che è calorico
	Osservazione del paziente durante l'alimentazione
	Assistenza per l'alimentazione, quando necessario (incluso alimentarsi con le mani)
	Abolizione delle restrizioni dietetiche
	Se vi sono difficoltà con la masticazione o deglutizione, assicurarsi che la posizione del paziente sia adeguata, accertandosi dell'uso della protesi dentaria e dell'umidità delle mucose. Se i problemi persistono, considerare una valutazione formale

Piano interdisciplinare di care del delirium

STRATEGIE DI RABILITAZIONE DEL DELIRIUM

Data	Problema	
	Il paziente ha sintomi e segni di delirium	
Data	Obiettivo: il paziente dovrà	Data fissata
	<p>Identificare la/e causa/e di delirium e trattarle in modo appropriato</p> <p>Il paziente non dovrà sviluppare complicanze dovute all'alterazione dello stato mentale</p> <p>Il paziente non avrà ulteriori sintomi/segni di delirium a far data dal.....</p>	
Data	Interventi	Disciplina
	Valuta le possibili cause di delirium	
	Farmaci in atto	Medico
	Possibilità di infezioni	Infermiere/medico
	Bilancio idrico (disidrataz., scomp. cardiaco)	Infermiere/medico
	Dolore non controllato	Infermiere/medico
	Ritenzione urinaria e/o fecale	Infermiere/medico
	Sintomo o segno suggestivo(comunicazione)	Infermiere

Piano interdisciplinare di care del delirium

STRATEGIE DI RABILITAZIONE DEL DELIRIUM

	Prevenzione e management delle complicanze	
	Rimozione del catetere Foley, se possibile	Infermiere/medico
	Scheda minzionale per prevenire incontinenza	Infermiere
	Minzioni programmate per prevenire incontinenza	Infermiere
	Protocolli prevenzione lesioni da decubito	Infermiere
	Verifica sicurezza ambiente per prevenire cadute	Tutta equipe
	Programma sorveglianza stretta	Tutta equipe
	Implementa protocolli per riposo notturno	Infermiere
	Verifica introito nutrizionale	Infermiere/dietista
	Verifica disturbi della deglutizione	Infermiere/logopedista

Piano interdisciplinare di cure del delirium

STRATEGIE DI RABILITAZIONE DEL DELIRIUM

	Recupero della funzione	
	Usa, se caso, supporti protesici (occhiali, protesi)	Tutta l'equipe
	Apporta modifiche ambientali (luci, segnaletica, radio/musiche rilassanti)	Infermiere
	Delirium care package (calendari, orologi)	Infermiere
	Educa familiari sul delirium e sull'importanza delle visite (fornisce brochure su delirium)	Tutta l'equipe
	Verifica la capacità del paziente di partecipare alla care quotidiana garantendone la sicurezza	Infermiere/ fisioterapista

Piano interdisciplinare di cure del delirium

STRATEGIE DI RABILITAZIONE DEL DELIRIUM

	Recupero della funzione	
	Implementa monitoraggio delirium nel programma di dimissione e garantisci supporto fino dimissione	Medico/infermiere/ caregiver/ assistente sociale
	Approccia il paziente con calma e a voce bassa	Tutta l'equipe
	Interloquisci a voce bassa col paziente e mostragli attenzione	Tutta l'equipe
	Tenta di shiftare l'attenzione del paziente quando ha deliri	Tutta l'equipe
	Incoraggia le attività preferite del paziente	Tutta l'equipe
	Supporta il paziente nel mostrargli la realtà	Tutta l'equipe
	Segnala al medico se i segni di delirium persistono	Infermiere

Cause possibili di delirium	È presente una delle seguenti condizioni?	Si/No	
Ritenzione urinaria	<ul style="list-style-type: none"> ●Revisione schede minzionali: vi sono perdite rilevanti di urina o vi è oligoanuria ●Gonfiore addominale all'esame obiettivo dell'addome <p>Se si, contattare il medico per eventuale cateterizzazione, correzione terapia farmacologica e consulenza urologia</p>	Si	No
Occlusione fecale	<ul style="list-style-type: none"> ●Revisione schede intestinali: vi sono anomalie del transito intestinale ●Esame addome per gonfiore addominale; esplorazione rettale per individuare fecalomi o feci liquide <p>Se si, contattare il medico per svuotamento, altri interventi</p>	Si	No
Altro	<p>Nuovi problemi medici, valori di laboratorio anomali, condizioni mediche croniche che si sono destabilizzate, altro (descrivere)</p> <p>Se si, contattare il medico per rivalutazione della gestione</p>	Si	No

LA CURA DEL DELIRIUM: UN LUOGO PER LA COLLABORAZIONE TRA MEDICO E INFERMIERE

Giuseppe Bellelli, Marco Pagani, Vincenzo De Marco, Marco Trabucchi

RISULTATI

L'utilizzo di strumenti di valutazione (CAM e Richmond Agitation and Sedation Scale) e l'attuazione di un intervento formativo sul personale di assistenza ha permesso di aumentare (15.4% vs 20%) la prevalenza del delirium riscontrato all'ammissione e di azzerare la prevalenza del delirium incidente (Speciale et al., 2005)

QUALE MODELLO DI ASSISTENZA PER QUESTI PAZIENTI?

McCloskey, 2004

I problemi posti dai soggetti affetti da demenza ricoverati in ospedale sono stati oggetto in letteratura di studi e proposte per offrire un modello di assistenza ad hoc che superi gli attuali mal riusciti tentativi di adattare il paziente all'organizzazione delle singole unità operative che spesso si traducono nel contenimento fisico e farmacologico.

QUALE MODELLO DI ASSISTENZA PER QUESTI PAZIENTI?

Lynn et al, 1999; Stumpf, 2001; Wilson et al, 2005;
Barelli et al, 2006

Sulle riviste infermieristiche è molto vivace il dibattito sull'efficacia dei modelli organizzativi di erogazione delle cure infermieristiche e gli studi sono concordi nell'affermare che i modelli che prediligono la specializzazione delle competenze hanno una maggiore efficacia rispetto ai costi, la soddisfazione del paziente, la riduzione della durata della degenza , la prevenzione delle complicanze e rendono possibile una sinergica collaborazione con i medici.

QUALE MODELLO DI ASSISTENZA PER QUESTI PAZIENTI?

Caratteristiche modello proposto:

1. Specializzazione dell'assistenza
2. Approccio multidisciplinare
3. Coinvolgimento dei care-giver informali
4. Presa in carico dei bisogni del paziente
5. Continuità assistenziale

OASIS

(Older Adult Services Inpatient Strategies)
Turker et al, 2006

PRESUPPOSTI (Inouye, 1993)

“ ...se l’assistenza ai pazienti acuti non è pianificata tenendo in considerazione le loro necessità funzionali e l’eventuale deficit cognitivo, aumenta il rischio di complicanze acquisite durante l’ospedalizzazione e la perdita di funzione, con dei giorni di degenza, dei costi, della necessità di istituzionalizzazione e di mortalità...”

OASIS

(Older Adult Services Inpatient Strategies)
Turker et al, 2006

OBIETTIVI

Ottimizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani con problemi medici acuti.

Outcomes:

- riduzione della degenza
- riduzione delle riammissioni a 30 giorni
- riduzione dell'incidenza delle cadute
- riduzione delle complicanze iatrogene

OASIS

(Older Adult Services Inpatient Strategies)
Turker et al, 2006

MODALITA'

Per l'applicazione del modello non è necessario creare degli spazi ma bensì un team di assistenza che adotti protocolli di valutazione e intervento per tutti i ricoverati.

Caratteristiche ricoverati:

1. > 70 anni
2. necessità di ricovero > 48 ore
3. ammissione per patologia medica

OASIS

(Older Adult Services Inpatient Strategies)

Turker et al, 2006

RESPONSABILITA'

INFERMIERE

con specializzazione in coordinamento e geriatria

TEAM

*Nutrizionista, terapeuta occupazionale, ass. sociale,
fisioterapista, logopedista, ministro del culto e volontari*

+

*Case-manager per la valutazione al follow-up dopo la
dimissione*

COMPONENTI E COMPETENZE

INFERMIERA CON SPECIALIZZAZIONE IN GERIATRIA E COORDINAMENTO

- VERIFICA I CRITERI DI AMMISSIONE E PROVVEDE ALL'APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO DI ASSESSMENT AI PAZIENTI AMMESSI
 - DEFINISCE GLI OBIETTIVI GENERALI E PIANIFICA L'INTERVENTO ASSISTENZIALE
 - ATTIVA E COORDINA L'INTERVENTO DEGLI ALTRI COMPONENTI DEL TEAM
 - FORMA E SUPPORTA LO STAFF INFERMIERISTICO, SE NECESSARIO, COLLABORA COL MEDICO PER OTTIMIZZARE GLI INTERVENTI
 - RACCOGLIE, ANALIZZA E RIPORTA I DATI SUI DOCUMENTI CLINICI
-

NUTRIZIONISTA

- INTERVIENE PER INDICAZIONI IN PAZIENTI CON BASSO LIVELLO DI ALBUMINA O PRE ALBUMINA O PERDITA INVOLONTARIA DEL PESO
 - DA INDICAZIONI SULL'UTILIZZO DI INTEGRATORI ALIMENTARI E ALIMENTAZIONE ENTERALE
 - MONITORIZZA L'INTAKE ALIMENTARE QUOTIDIANO NEI SOGGETTI MALNUTRITI O A RISCHIO DI MALNUTRIZIONE
-

VOLONTARI

- AIUTANO I PAZIENTI CHE NECESSITANO NELL'ALIMENTAZIONE E NELLA DEAMBULAZIONE
 - PROVVEDONO A GARANTIRE PRESENZA E COMPAGNIA
 - INTERVENGONO IN ALTRE ATTIVITA' (INTERVENTI OCCUPAZIONALI, MASSAGGIO) SU INDICAZIONE DEI PROFESSIONISTI DEL TEAM
-

COMPONENTI E COMPETENZE

TERAPISTA OCCUPAZIONALE

- IDENTIFICA LE ATTIVITA' OCCUPAZIONALI APPROPRIATE
- PROMUOVE PROGRAMMI DI MOBILIZZAZIONE E RIATTIVAZIONE

ASSISTENTE SOCIALE

- PROGRAMMA LA DIMISSIONE PROTETTA
-

FISIOTERAPISTA E LOGOPEDISTA

- VALUTANO E INTERVENGONO SECONDO NECESSITA'
 - COORDINANO I VOLONTARI RISPETTIVAMENTE PER LA DEAMBULAZIONE ASSISTITA E IL SUPPORTO ALL'ALIMENTAZIONE
-

CAPPELLANO

- PROVVEDE ALLE NECESSITA' SPIRITUALI DEI PAZIENTI
-

CASE MANAGER

- PROVVEDE ALL FOLLW UP DOPO LA DIMISSIONE
-

INGRESSO DEL PAZIENTE

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI ASSIST.
E NECESSITA' DI INTERVENTO

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE SECONDO PROTOCOLLI PRESTABILITI

EQUIPE GIORNALIERA (costante comunicazione tra INFERMIERE e MEDICO)

- INFERMIERE COORDINATORE
- Cognitività (MMSE)
 - Mobilità (Get up and go e Tinetti)
 - Affettività (Yesavage Depression Screen)
 - Vista (Titolo e frase del giornale)
 - Udito (Whisper test)
- INFERMIERE
- PA e FC in ortostatismo

VOLONTARI

Coordinati dal team

Presenza:
al mattino per mobilizzazione
ai pasti
di supporto per terapia occupazionale

Logopedista:

- individua i pz non disfagici
- Fisioterapista:
- seleziona i pz che possono essere affiancati per la mobil/deamb
- Massoterapista:
- massaggio mano/schiena

MA FUZIONA IL MODELLO??

	Gruppo di intervento		Gruppo di Controllo	
	RANGE	MEDIA	RANGE	MEDIA
eta'	70 - 98 aa	82 aa	70 -102 aa	81,2 aa
degenza		4,97 gg		6,19 gg
costi totali degenza		6,162.47\$		9,184.81\$

Tucker D et al, 2006