

## EVIDENCE-BASED NURSING E PRATICA CLINICA

Schede informative per il miglioramento dell'assistenza infermieristica-riabilitativa-ostetrica

### Assistenza al paziente con delirio. Prima parte

Brugnetini L, Chiarabelli M, Frattarolo R. L'assistenza infermieristica al paziente adulto ospedalizzato con stato confusionale acuto/delirium. Da Centro Studi EBN Attività 2004 – 11° corso: 25-42.

RNAO, Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression, June 2004. Traduzione a cura di Biavati C.

RNAO, Screening for Delirium, Dementia and Depression in older adults, November 2003. Traduzione a cura di Biavati C.

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with delirium. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 1999 May;156(5 Suppl):1-20. Traduzione a cura di Biavati C.

Giusti G. Le psicosi da ICU: definizione, trattamento, assistenza infermieristica. Assistenza Infermieristica e Ricerca. 2005 luglio-settembre; 24(3): 142-147.

**Definizione:** il delirio è un disturbo acuto e complesso che si può sviluppare nel giro di alcune ore o nell'arco di alcuni giorni e che, nella sua evoluzione, produce un significativo declino dell'iniziale stato cognitivo, percettivo e di coscienza/attenzione del soggetto. Se ne distinguono due forme principali: *iperattivo*, in cui il paziente si presenta agitato a livello motorio, disorientato nello spazio e nel tempo e soggetto ad allucinazioni visive ed uditive; *ipoattivo* (o stato letargico) in cui il paziente non presenta nessuno dei precedenti sintomi, bensì apatia, sopore e, soprattutto, assenza di comunicazione e risposta a stimoli di varia natura.

**Obiettivo:** ricercare le evidenze in merito alla prevenzione e gestione del delirio nei pazienti ospedalizzati.

**Materiali e metodi:** consultazione di database di linee guida, di revisioni sistematiche internazionali ed aziendali. I quattro documenti sono stati selezionati per rilevanza ed aderenza al tema di interesse.

**Risultati:** sono state considerate le evidenze presentate da due revisioni della letteratura e le raccomandazioni presenti in tre linee guida internazionali.

#### Fattori epidemiologici

La prevalenza del delirio nei pazienti ospedalizzati va dal 10 al 30%. Negli anziani, la prevalenza va dal 10 al 40%. Il delirio si verifica nel 25% dei pazienti affetti da patologie neoplastiche e nel 30-40% dei pazienti affetti da AIDS. Il 51% dei soggetti sottoposti ad intervento chirurgico presenta delirio e coloro che sono stati sottoposti a cardiocirurgia, chirurgia dell'anca e trapianto, risultano particolarmente esposti. Nei pazienti terminali la prevalenza arriva all'80%. Inoltre, sono particolarmente a rischio i pazienti con ustioni, sottoposti a dialisi o che presentano lesioni del sistema nervoso centrale. La prognosi del paziente con delirio è associata ad una maggiore mortalità (25-33%) e determina un aumento della durata della degenza (+7,78 giorni), una intensificazione dell'assistenza infermieristica, maggiore istituzionalizzazione e maggiori costi sanitari.

Esistono molte categorie di fattori che pongono il paziente a rischio di delirio.

#### Caratteristiche epidemiologiche

Età avanzata; deficit uditivi o visivi; disturbi del sonno; immobilità.

#### Malattie del sistema nervoso centrale

Traumi cranici; crisi convulsive; stato post-ictale; malattie vascolari (ipertensione, encefalopatie ecc); malattie degenerative; demenza o deficit cognitivi preesistenti.

#### Disordini metabolici

Insufficienza renale; insufficienza epatica; anemia; ipossia; ipoglicemia; deficienza di Vitamina B1 (Tiamina); endocrinopatia; squilibrio idro-elettrolitico e disidratazione; squilibrio acido-base.

Infarto del miocardio; scompenso cardiaco congestizio; aritmia; shock; insufficienza respiratoria; malattie sistemiche; infezioni; tumori; trauma severo; deprivazione sensoriale; alterazione della termoregolazione; stato postoperatorio.

SOSTANZE CHE POSSONO CAUSARE DELIRIO ATTRAVERSO INTOSSICAZIONE O ASTINENZA	
Categoria	Sostanza
Sostanze	Abuso di alcool, anfetamine, cannabis, cocaina, allucinogeni, oppioidi, fenciclidina, sedativi e ipnotici.
Farmaci	Anestetici, analgesici, farmaci antiasma, anticonvulsivanti, antistaminici, antipertensivi e per l'apparato cardiovascolare, antimicrobici, antiparkinsoniani, corticosteroidi, per l'apparato gastrointestinale, miorilassanti, agenti immunosoppressivi, litio e farmaci psicotropi con proprietà anticolinergiche.
Agenti tossici	Anticolinesterasici, insetticidi contenenti organofosfati, monossido di carbonio, anidride carbonica, sostanze volatili come combustibili o solventi organici.

#### Accertamento del delirio

Per diagnosticare il delirio è stato creato uno strumento, che si chiama CAM (Sharon K. Inouye, Christopher H. van Dyck, Cathy A. Alessi *et al.* Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. Annals of Internal Medicine. 1990;113:941-948). Il

#### Malattie cardiopolmonari

CAM(Confusion Assessment Method) è costituito da un questionario e da un algoritmo di trattamento e tiene in considerazione 9 criteri di valutazione: modificazioni improvvise dello stato mentale; ridotta capacità di attenzione, pensiero disorganizzato, alterato livello di coscienza, disorientamento, diminuzione della memoria, percezione alterata, agitazione psicomotoria, rallentamento psicomotorio, alterazione del ritmo sonno veglia. Si riporta lo strumento tradotto.

### Confusion Assessment Method(CAM)

<b>1) MODIFICAZIONI IMPROVVISE DELLO STATO MENTALE</b>		
C'è stato un cambiamento acuto nello stato mentale del paziente rispetto alla situazione di base?	Si	No
<b>2) RIDOTTA CAPACITÀ DI ATTENZIONE</b>		
a) Il paziente presenta difficoltà a concentrarsi (per esempio è facilmente distraibile), non riesce a mantenere il filo del discorso o ha difficoltà nel ricordare ciò che è stato detto:		
<input type="checkbox"/> Mai durante l'intervista <input type="checkbox"/> Presente a tratti durante l'intervista, ma in forma lieve <input type="checkbox"/> Presente a tratti durante l'intervista, in forma marcata <input type="checkbox"/> Non definibile		
b) Se c'è ridotta capacità di attenzione durante l'intervista, il comportamento è oscillante o tende ad aumentare o diminuire nella sua severità?		
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Incerto <input type="checkbox"/> Non applicabile		
c) Se c'è ridotta capacità di attenzione, descrivere il comportamento.		
<b>3) PENSIERO DISORGANIZZATO</b>		
Il pensiero del paziente è disorganizzato e incoerente, passa da un argomento all'altro senza filo logico e in modo imprevedibile ?	Si	No
<b>4) ALTERATO LIVELLO DI COSCIENZA</b>		
In generale come valuteresti il livello di coscienza del paziente?		
<input type="checkbox"/> Attento (normale) <input type="checkbox"/> Vigile (iperallerta, eccessivamente sensibile agli stimoli ambientali, si spaventa facilmente) <input type="checkbox"/> Letargico (assopito, ma facilmente risvegliabile) <input type="checkbox"/> Stato stuporoso (difficilmente risvegliabile) <input type="checkbox"/> Coma (non risvegliabile) <input type="checkbox"/> Non applicabile		
<b>5) DISORIENTAMENTO</b>		
Il paziente durante tutta la durata dell'intervista è disorientato nel tempo e nello spazio; pensa di essere in un altro luogo; in un letto non suo.	Si	No
<b>6) DIMINUIZIONE DELLA MEMORIA</b>		
Il paziente durante l'intervista ha presentato disturbi della memoria, come difficoltà a ricordare gli eventi accaduti durante il ricovero, o difficoltà nel ricordare le istruzioni ricevute?	Si	No
<b>7) PERCEZIONE ALTERATA</b>		
Il paziente ha presentato un disturbo percettivo, come allucinazioni/illusioni, o interpretazioni errate tali da associare qualcosa di reale a qualcosa di irreale?	Si	No
<b>8) AGITAZIONE PSICOMOTORIA (PARTE 1)</b>		
Il paziente durante l'intervista presenta un'agitazione motoria crescente, quasi irrefrenabile, come il disfare il letto, tamburellare le dita o cambiare in modo frenetico posizione?	Si	No
<b>8) RALLENTAMENTO PSICOMOTORIO (PARTE 2)</b>		
Il paziente durante l'intervista presenta una riduzione dell'attività motoria con rallentamento e letargia, come il mantenere a lungo la stessa posizione o muoversi molto lentamente?	Si	No
<b>9) ALTERAZIONE DEL RITMO SONNO-VEGLIA</b>		
Il paziente presenta un'evidente alterazione del ritmo sonno/veglia come un'eccessiva sonnolenza diurna o insonnia notturna?	Si	No

Una volta compilato il questionario per arrivare alla diagnosi di delirio basta la presenza dei primi 4 segni/criteri; questo strumento può essere utilizzato in modo molto semplice dagli infermieri dopo una breve formazione.

### **Sindrome da terapia intensiva**

Il fenomeno del delirio assume particolari connotati nell'ambito del ricovero in terapia intensiva, al quale sono soggetti soprattutto coloro che vi restano più 72 ore. Esistono fattori fisici e strutturali che possono indurre e/o aumentare le disfunzioni cerebrali, proprie del delirio, quali: il dolore, l'immobilità a letto, l'impossibilità di comunicare a causa di presidi (come tubi naso endo-tracheali), l'astinenza da farmaci (come sedativi e antidolorifici), la deprivazione del sonno causata dai ritmi di lavoro, dalle luci, che spesso restano accese per molte ore anche di notte e dai rumori/allarmi di monitor e ventilatori automatici.

In questo contesto il trattamento si basa essenzialmente su tre cardini:

- terapia farmacologica sedativa;
- il trattamento del dolore;
- il mantenimento delle condizioni di sicurezza, per evitare che il paziente si rimuova i dispositivi terapeutici e come ultima risorsa, la contenzione fisica.

Uno strumento che sta trovando sempre più applicazione, è la RASS (Ely EW., Truman B., Shintani A. *et al.* Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability of Richmond Agitation-sedation Scale (RASS). JAMA 2003;289 22:2983-91). Questa scala valuta il livello di coscienza del paziente e si basa sul presupposto che anche pazienti, con una minima risposta agli stimoli verbali, possono andare incontro a delirio. Quindi tutti i pazienti con la scala di RASS da -3 a + 4 possono sviluppare la sindrome da terapia intensiva

### **Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)**

Punteggio	Descrizione	Caratteristiche del paziente
+4	Aggressivo	Molto violento, pericoloso per gli operatori
+3	Molto agitato	Rimozione tubi, drenaggi, cateteri; aggressivo
+2	Agitato	Movimenti inopportuni, contrasta con il ventilatore automatico
+1	Inquieto	Ansioso, apprensivo, ma i movimenti non sono aggressivi o vigorosi.
0	Vigile, calmo, orientato	
-1	Sonnolento	Non completamente sveglio, se chiamato tiene gli occhi aperti per più di 10 secondi
-2	Leggera sedazione	Si sveglia se chiamato, tiene gli occhi aperti meno di 10 secondi
-3	Moderata sedazione	Si muove, apre gli occhi se chiamato
-4	Sonno profondo	Non risponde se chiamato, ma si muove o apre gli occhi se stimolato
-5	Incoscienze, non risponde	Non risponde alla voce o agli stimoli