



## L'assistenza infermieristica al paziente adulto ospedalizzato con stato confusionale acuto /delirium.

Infermieri: Lucia Brugnettoni, Matteo Chiarabelli e Rosa Frattarolo.

### Introduzione

#### 1. DELIRIUM / STATO CONFUSIONALE ACUTO

Il delirium è un disordine acuto e complesso che si può sviluppare in 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.

Tra le cause d'insorgenza l'abuso di farmaci e un'anamnesi positiva per malattie importanti e degenerative associate a fattori predisponenti quali l'età avanzata (oltre i 65 anni), interventi chirurgici e l'ospedalizzazione in genere.

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.

La letteratura supporta l'uso di una scala di riferimento per il riconoscimento della forma e della severità del delirium, in particolare la *Confusion Rating Scale*.

Nella sua complessità è un disordine associato ad alta morbilità e mortalità: richiede, quindi, un immediato intervento per prevenire danni permanenti al cervello e rischi di salute tali da pregiudicare la vita del soggetto.

È, infatti, associato a mortalità nel 25-33% dei casi (fino a sei mesi dall'evento scatenante), ad incremento dei tempi di degenza (7,78 giorni), d'intensità delle cure infermieristiche e dei costi sanitari.

Risulta allora evidente come un tempestivo riconoscimento dei soggetti a rischio e quindi un precoce trattamento possano prevenire inutili handicap e morte prematura, riducano il numero di cure erogate e sostanzialmente migliorino la qualità della vita.

Le strategie di prevenzione del delirium vertono sul riconoscimento precoce dei pazienti a rischio e sull'utilizzo di scale di screening e valutazione globale di questo, col fine di provvedere ad un rapido intervento (uso sostenuto dalla linea guida sul delirio dell'American Psychiatric Association e da quella de RNAO-2003 "*Screening for delirium, dementia and depression in older adult*").

Circa la diagnosi, invece, le migliori linee guida e le revisioni sistematiche presenti nella letteratura sostengono che il delirium dovrebbe essere diagnosticato facendo riferimento al DSM-IV R-criteria (Alexopoulos et al., 1998; APA, 1999; Conn & Lieff, 2001; Inouye, et al., 1990; Milisen, et al., 2001).

Il trattamento è basato primariamente su dati provenienti da esperienze cliniche, case report e revisioni di articoli. Purtroppo c'è una quantità limitata di evidenze che supportino l'efficacia di strategie di cura specifiche: risulta, invece, che le realtà organizzate secondo programmi di intervento a team di multi-componenti, diano esiti positivi.

In ultimo, a supportare quest'ottica di approccio, il coinvolgimento di familiari/amici del soggetto in stato confusionale nel programma terapeutico, soprattutto per l'impatto emotivo e la prevalenza

nella sfera relazionale che hanno col medesimo. Fonte inestimabile di aiuto, quindi, per tutta l'equipé.

**Obiettivo**

Il lavoro del nostro gruppo di ricerca è nato e si è sviluppato con l'intento di trovare una risposta precisa al seguente quesito: esistono evidenze scientifiche inerenti l'assistenza infermieristica al paziente ospedalizzato colpito da stato confusionale acuto/delirium?

Ne è derivato il seguente P.I.C.O.:

Patient: Paziente ospedalizzato

Intervention: Assistenza infermieristica attraverso il riconoscimento precoce del paziente a rischio ed un altrettanto rapida gestione del quadro acuto.

Comparison: Assente

Outcome: Riduzione degli eventi negativi correlati al delirium quali cadute, rimozione presidi, etc. e recupero precoce dell'equilibrio psico/fisico.

**Materiali e metodi**

**STRATEGIA DELLA RICERCA E CRITERI DI SELEZIONE**

La ricerca è stata effettuata utilizzando diversi motori di ricerca reperiti attraverso il sito dell'EBN su internet: combinando insieme parole chiavi quali "delirium" e "nursing care" si è avviata la ricerca sulle seguenti banche dati:

Linee guida

- National guideline Cleringhouse
- RNAO

Revisioni sistematiche

- Joanna Briggs
- Cochrane

Banche dati generali

- Medline,
- utilizzando le parole chiavi come termini mash, e come limiti." All adult: 19+years, only items with abstract" - utilizzando associate assieme le parole chiave inserite nel "Clinical queries" e ricercare le revisioni sistematiche sempre utilizzando i limiti precedentemente descritti.

Infine sono stati considerati articoli forniti di abstract in lingua inglese e pertinenti al tema di ricerca.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE	1) RICERCA LIBERA SULL'ARGOMENTO IN QUESTIONE	2) 0 3) 0	
NATIONAL GUIDELINE CLERINGHOUSE	1) DELIRIUM AND NURSING CARE	2) 6 3) 2	<p>"Delirium strategies for assessing and treating" The John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing - Academic Institution. 2003. 25 pages. NGC:002735</p> <p>"Screening for delirium, dementia, and depression in older adults" Registered Nurses Association of Ontario - Professional</p>

			Association. 2003 Nov. 88 pages.
RNAO	1) CONSULTAZIONE LIBERA	2) 1 3) 1	“Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression”

**ESISTONO EVIDENZE SCIENTIFICHE INERENTI L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE OSPEDALIZZATO AFFETTO DA STATO CONFUSIONALE ACUTO/DELIRIUM?**

<b>BANCHE DATI</b>	<b>1) PAROLE CHIAVE</b>	<b>2) NUMERI DOCUMENTI TROVATI</b> <b>3) NUMERO DOCUMENTI SELEZIONATI</b>	<b>TITOLO AUTORI</b>
<b>MED LINE (GENERALI)</b>	<p>1) “DELIRIUM AND NURSING CARE” COME TERMINI MASH LIMITI: - All Adult: 19+ years, only items with abstracts</p> <p>1) “DELIRIUM AND NURSING CARE” CLINICAL QUERIES PER LA RICERCA DI REVISIONI SISTEMATICHE.</p> <p>1) “DELIRIUM AND NURSING CARE” COME TERMINI MASH LIMITI: - All Adult: 19+ years, only items with abstracts</p>	<p>2) 26 PUPPLICATION TYPE</p> <p>3) 1 CLINICAL TRIAL</p> <p>2) 12</p> <p>3) 0</p> <p>2) 0</p> <p>3) 0</p>	<p>J Am Geriatr Soc. 2001 May;49(5):523-32. PMID: 11380743 [PubMed - indexed for MEDLINE] “A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients”.</p> <p>Milisen K, Foreman MD, Abraham IL, De Geest S, Godderis J, Vandermeulen E, Fischler B, Delooz HH, Spiessens B, Broos PL.</p>

COCHRANE	1) “DELIRIUM AND NURSING CARE“	2) 3 3) 0	
----------	--------------------------------	--------------	--

## Risultati

### 3. SCELTA E VALUTAZIONE DELLA LINEA GUIDA

Rispetto al materiale rinvenuto e considerato in base al nostro quesito di partenza, è risultato che vi sono evidenze scientifiche sull'argomento sia nelle revisioni sistematiche di MEDLINE, attraverso le “Clinical Queries”, sia nella linea guida dell'RNAO “[Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression](#)”. Su quest'ultima in particolare abbiamo condotto un'analisi più approfondita per valutarne l'effettiva efficacia e applicabilità nella pratica clinica.

Per qualità di una linea-guida si intende la valutazione del grado in cui i potenziali errori sistematici (bias) che possono presentarsi durante l'elaborazione sono stati considerati, della validità (interna ed esterna) delle raccomandazioni e della loro applicabilità nella pratica quotidiana. Questi aspetti comprendono una valutazione di benefici, rischi e costi dei comportamenti clinici suggeriti dalle raccomandazioni, così come delle implicazioni pratico/etiche che ne possono derivare. Quindi la valutazione richiede la formulazione di giudizi sui metodi adottati per l'elaborazione, sul contenuto delle raccomandazioni finali e sui fattori inerenti la loro adozione nella pratica.

Lo strumento di valutazione più appropriato per le linee-guida è AGREE: questa valuta sia la qualità di quanto riportato nella linea-guida, sia la qualità di alcuni aspetti delle raccomandazioni che la compongono, con la finalità di soppesare la probabilità che questa riesca ad ottenere effettivamente gli obiettivi auspicati. Non valuta l'impatto sugli esiti clinici dei pazienti.

AGREE consiste di 23 criteri o item suddivisi in sei aree, ciascuna rivolta ad un particolare aspetto della qualità della linea-guida; ogni item è valutato su una scala di 4 punti che vanno dal completo accordo al completo disaccordo. Minimo due valutatori.

Il punteggio standardizzato per ogni singola area ottenuto dal nostro gruppo è il seguente:

STANDARDIZZATO			
Linea guida			
<u>Obiettivo e motivazione:</u>			
Valore:	1,00	%	100,0
<u>Coinvolgimento delle parti in causa:</u>			
Valore	0,61	%	61,1
<u>Rigore della elaborazione:</u>			
Valore	0,90	%	90,5
<u>Chiarezza e presentazione:</u>			
Valore	0,83	%	83,3
<u>Applicabilità:</u>			
Valore	0,22	%	22,2
<u>Indipendenza editoriale:</u>			
Valore	0,17	%	16,7

Il giudizio complessivo sulla linea guida è: “**RACCOMANDATA CON RISERVA**”.

Riserva perché nelle aree dell'Agree relative all'applicabilità e l'indipendenza editoriale, è stato conseguito un giudizio scarso.

Considerando la linea guida nella sua complessità, ci siamo sentiti di raccomandarla dando così un giudizio positivo, soprattutto dopo una nostra attenta analisi sulla complessità di misurare interventi infermieristici relativi all'assistenza su una patologia mentale.

## Discussione

### 4. DESCRIZIONE DELLE SCALE PER LO SCREENING DEL DELIRIUM

All'interno della linea guida sono citate alcune scale di screening per il riconoscimento dello stato mentale del paziente: da una attenta ricerca abbiamo notato come alcune di queste erano già inserite all'interno di una linea guida precedente relativa esclusivamente allo screening di delirium, demenza e depressione (citata in bibliografia). Abbiamo inserito all'interno del nostro lavoro

solamente quella relativa al delirium poiché è quella citata all'interno delle raccomandazioni della linea guida da noi presa in esame.

Questo strumento permette agli infermieri di impostare il piano assistenziale al paziente con stato confusionale acuto attraverso il riconoscimento precoce della patologia, evitando/contenendo così danni psicofisici al medesimo.

La Confusion Assessment Method aiuta a identificare le persone che soffrono di delirium o stato confusionale acuto ma viene anche utilizzata per la differenziazione tra Delirium e Demenza.

#### CONFUSION ASSESSMENT METHOD

##### INSORGENZA ACUTA

C'è stato un cambiamento acuto nello stato mentale del paziente rispetto alla situazione di base?

##### PERDITA DELL'ATTENZIONE

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 stava dicendo

Non presente durante l'intervista

Presente ad un certo momento durante l'intervista ma in forma lieve

Presente ad un certo momento durante l'intervista

Incerto

b) (se presente o anormale) durante l'intervista il comportamento oscillante tende a presentarsi o meno, o aumentare e diminuire nella sua severità?

Si

No

Incerto

Non applicabile

c) (se presente o anormale) descrivere i comportamenti.

##### DISORGANIZZAZIONE DEL PENSIERO

Il pensiero del paziente è disorganizzato e incoerente, passa da un argomento all'altro senza filo logico, in modo imprevedibile ?

##### ALTERATO LIVELLO DI COSCIENZA

In generale come valutereste il livello di coscienza del paziente?

Allerta (normale)

Vigile (iperallerta, eccessivamente sensibile agli stimoli ambientali)

Letargico

Stupor

Coma

Incerto

##### DIFFICOLTA' NELL'ORIENTAMENTO

il paziente durante tutta la durata dell'intervista è disorientato nel tempo e nello spazio, tale da pensare che sia in un altro luogo, in un letto sbagliato, confondere il tempo e il giorno.

##### DANNEGGIAMENTO DELLA MEMORIA

il paziente durante tutto il periodo dell'intervista ha messo in evidenza problematiche relative alla "memoria", tali da non ricordare che cosa sia accaduto in ospedale o difficoltà nel ricordare delle istruzioni?

##### ALTERAZIONI PERCETTIVE

il paziente ha evidenziato un disturbo percettivo come allucinazioni/illusioni, o male interpretazioni tali da associare qualcosa di reale a qualcosa di irreali (per esempio lo sbattere di una porta può essere scambiato con un colpo d'arma da fuoco).

#### AUMENTO DELL'ATTIVITA' PSICOMOTORIA

parte uno

durante l'intervista il paziente presenta un'inusuale stato di attività motoria crescente (per esempio strappare le lenzuola del letto o cambiare in modo frenetico posizione nel letto).

#### DIMINUZIONE DELL'ATTIVITA' PSICOMOTORIA

parte due

durante l'intervista il paziente presenta un'inusuale stato di diminuzione dell'attività motoria con rallentamento e letargia (per esempio mantenere a lungo tempo la stessa posizione o muoversi veramente poco).

#### ALTERAZIONE DEL CICLO SONNO-VEGLIA

il paziente mostra un evidente disturbo del ciclo sonno/veglia con eccessiva sonnolenza diurna o agitazione notturna e difficoltà di addormentamento, o eccessiva sonnolenza durante il giorno o veglia durante la notte.

RISULTATO: La CAM risulta positiva se il paziente presenta:

1. *INSORGENZA ACUTA CON DECORSO FLUTTUANTE* - E
  2. *DIFFICOLTA' NELLA CONCENTRAZIONE*
- ASSOCIATA A
3. *DISORGANIZZAZIONE DEL PENSIERO* O
  4. *ALTERATO LIVELLO DI COSCIENZA*

Un'altra importante scala per l'accertamento dello stato mentale del soggetto citata da questa linea guida, anche se in modo non chiaro e particolareggiato, è il "Mini Mental State Examination" che abbiamo ritrovato grazie alla bibliografia nella linea guida *Screening for delirium, dementia and depression in older adults*: questa prende in considerazione la memoria, l'orientamento, il linguaggio e l'attenzione.

La linea guida " *Screening for delirium, dementia and depression in older adults* " fa riferimento al Mini-Mental-State Examination semplificato senza però citare le conclusioni finali del test.

#### 4. RACCOMANDAZIONI PRATICHE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON DELIRIUM

LIVELLI DI EVIDENZA	
Ia	Evidenza ottenuta da meta-analisi, revisioni sistematiche, trial clinici randomizzati controllati
Ib	Evidenza ottenuta da almeno un trial clinico randomizzato controllato
IIa	Evidenza ottenuta da almeno uno studio non randomizzato
IIb	Evidenza ottenuta da almeno un altro tipo di studio quasi sperimentale senza randomizzazione
III	Evidenza ottenuta da studi descrittivi non sperimentali, come studi comparativi, studi correlati, casi studio
IV	Evidenza ottenuta da report di comitati di esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di autorità rispettate

## ELENCO DELLE RACCOMANDAZIONI

1.1 L'infermiere deve considerare come potenzialmente a rischio di delirium ogni paziente al fine di prevenire, riconoscere precocemente i sintomi e trattarli adeguatamente anche in collaborazione con altri professionisti

(L.E. - IIa )

1.2 L'infermiere dovrebbe usare i criteri diagnostici del DSM IV per l'approccio al delirium e meglio distinguere la forma ipoattiva da quella iperattiva.

(L.E. - IV )

1.3 Gli infermieri devono utilizzare metodi di screening per identificare i fattori di rischio del delirium sia all'accoglimento che nel periodo di degenza.

(L.E. - IIa)

1.4 Gli infermieri dovrebbero orientare le strategie di cura per prevenire i fattori di rischio del delirium

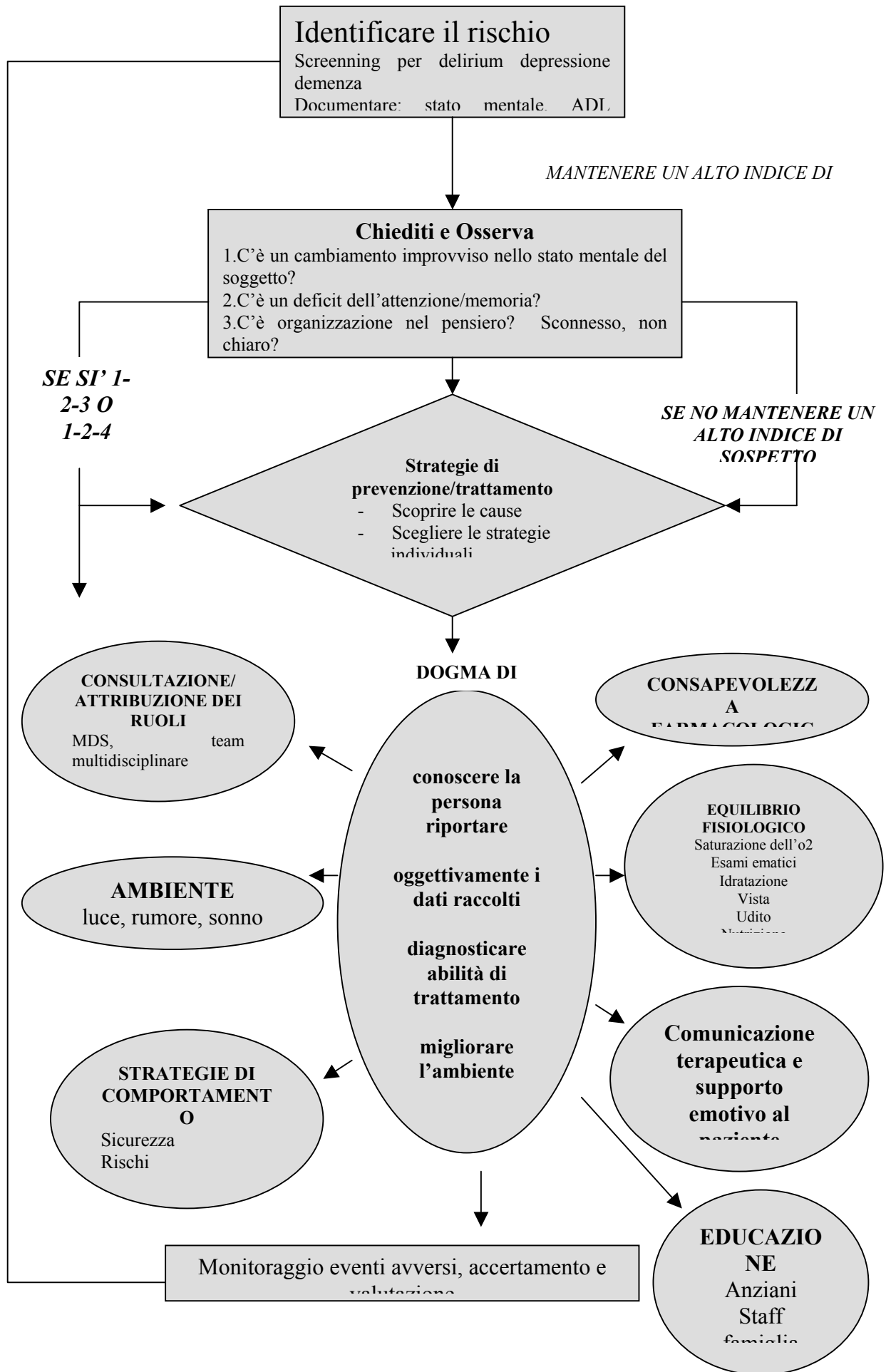
(L.E. - Ib )

1.5 Al fine di prevenire il delirium è consigliato che gli infermieri selezionino e incentivino l'utilizzo di un approccio multi-fattoriale al problema ( già sviluppato dagli esperti ), inteso come insieme di strategie di cura nate dalla collaborazione di più discipline e pertanto globale; non esistono, infatti, RCT che supportino l'efficacia di un'unica strategia di prevenzione e cura.

(L.E. - III )

1.6 Gli infermieri devono monitorare, valutare e modificare di conseguenza le strategie d'intervento multi-fattoriale rispetto alle azioni di base scorrette associate al delirium .

( L.E. - IIb )





*1.1 L'infermiere deve considerare come potenzialmente a rischio di delirium ogni paziente al fine di prevenire, riconoscere precocemente i sintomi e trattarli adeguatamente anche in collaborazione con altri professionisti.*

(L.E.– IIa )

Questo in relazione al fatto che il delirium viene considerato come una condizione acuta i cui sintomi, talmente vari e molteplici nelle forme e nella durata e pertanto più complessi da riconoscere, hanno un esito che può oscillare da una completa risoluzione ad una involuzione tale del sistema cognitivo con perdita dell'autonomia da portare non solo ad un prolungamento del periodo di degenza ma anche ad istituzionalizzazione e morte del soggetto.

Determinante, quindi, un approccio rapido e globale al problema.

*1.2 L'infermiere dovrebbe usare i criteri diagnostici del DSM IV per l'approccio al delirium e meglio distinguere la forma ipoattiva da quella iperattiva. (L.E. = IV )*

Questi criteri forniscono le caratteristiche diagnostiche più comuni del delirium: il compito degli infermieri è quello di identificarle.

Rif. *"Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adult"* RNAO, 2003.

In generale, i criteri suggeriscono una valutazione del paziente attraverso:

Alterazione di coscienza (criterio A)

Modificazione cognitiva (criterio B); (deficit memoria recente, pensiero disorganizzato, disorientamento).

Alterazioni percettive (criterio C); (false interpretazioni, illusioni, allucinazioni)

Alterazione sviluppata in un breve periodo di tempo, generalmente di ore o giorni con tendenza a presentare fluttuazioni giornaliere. (criterio D).

"DSM IV TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali"

E' compito degli infermieri valutare e osservare lo stato psicofisico del paziente fin dall'accoglimento non soltanto per identificare la presenza del delirium ma per differenziarne i tipi. Molto importante è la continua attenzione al tipo ipoattivo di delirium che può essere non riconosciuto con conseguenti mancanze nell'assistenza relativa alle misure iniziali di prevenzione e intervento.

*"(APA, 1999; Rapp & The Iowa Veterans Affairs Nursing Research Consortium, 1998; Trzepacz, et al., 1999; Tune, 2001)."*

*1.3 Gli infermieri devono utilizzare metodi di screening per identificare i fattori di rischio del delirium, sia all'accoglimento che nel periodo di degenza. (L.E. - IIa)*

Si ritiene che il Delirium abbia un'origine multifattoriale: i suoi fattori di rischio più comuni sono:

età,

deficit sensoriali e cognitivi

disidratazione,

disturbi del sonno,

demenza preesistente

immobilità

anomalie metaboliche,

farmacoterapia.

*"Alexopoulos, et al., 1998; APA, 1999; Fann, 2000; Foreman, et.al., 2001; Inouye, 2000; Rapp & The Iowa Veterans Affairs Nursing Research Consortium, 1998; Sullivan-Marx, 2000"*

In letteratura si trovano molteplici strumenti per lo screening del delirium: uno dei più validi è il Confusion Assessment Method (CAM), che identifica nelle persone più anziane i soggetti a rischio di delirium durante il ricovero ospedaliero e consiglia quattro domande agli infermieri per rilevare/evidenziare la presenza dei fattori di rischio.

Queste sono:

C'è un cambiamento improvviso nello stato mentale del soggetto?

C'è un deficit dell'attenzione/memoria?

C'è organizzazione nel pensiero?

C'è un'alterazione della coscienza (coma, sonnolenza, iperattività) (Inouye, 1990)

Se la risposta è "sì" ad ognuna delle suddette domande, gli infermieri dovrebbero continuare e approfondire la valutazione dei fattori di rischio.

Rif. "Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adult" RNAO, 2003.

Questa sequenza mnemonica può aiutare gli infermieri a ricordare le cause più comuni d'insorgenza di delirium. Si veda Figura 3.

Figure 3 – Review for Causes of Delirium

Mnemonic: I Watch Death		Presenting Symptoms
<b>I</b>	Infections	Urinary Tract Infection (UTI), pneumonia, encephalitis
<b>W</b>	Withdrawal	Alcohol, benzodiazepines, sedatives-hypnotics
<b>A</b>	Acute metabolic	Electrolyte disturbance, dehydration, acidosis/alkalosis, hepatic/renal failure
<b>T</b>	Toxins, drugs	Opiates, salicylates, indomethacin, lidocaine, dilantin, steroids, other drugs like digoxin, cardiac medications, anticholinergics, psychotropics
<b>C</b>	CNS pathology	Stroke, tumor, seizures, hemorrhage, infection
<b>H</b>	Hypoxia	Anemia, pulmonary/cardiac failure, hypotension
<b>D</b>	Deficiencies	Thiamine (with ETOH abuse), B12
<b>E</b>	Endocrine	Thyroid, hypo/hyperglycemia, adrenal insufficiency, hyperparathyroid
<b>A</b>	Acute vascular	Shock, hypertensive encephalopathy
<b>T</b>	Trauma	Head injury, post-operative, falls
<b>H</b>	Heavy Metals	Lead, mercury, magnesium poisoning

Gli infermieri dovrebbero utilizzare quando possibile questi mezzi e continuare a monitorare il paziente erogando e modulando il piano di assistenza a seconda del decorso della degenza.

1.4 Gli infermieri dovrebbero orientare le strategie di cura per prevenire i fattori di rischio del delirium. (L.E.

–Ib)

La discussione sulla letteratura, sui documenti ed almeno su un R.C.T., suggerisce che ci possono essere risultati positivi attuando misure di prevenzione: una volta che il delirium è accaduto, infatti, gli interventi sono meno efficaci ed efficienti (Cole, 1999; Cole, ed altri, 2002; Inouye, 2000).

Alcuni autori concludono che la prevenzione primaria del delirium dovrebbe indirizzarsi sui fattori di rischio ed in questa gli infermieri giocano un ruolo chiave: in diversi R.C.T., infatti, quando l'équipe infermieristica è riuscita ad individuare fattori ambientali, deficit sensoriale e cognitivo,

immobilità, dolore e condizioni mediche instabili, il gruppo di intervento ha registrato un'incidenza più bassa del delirium e dei tempi di degenza (Cole, ed altri, 2002).

I programmi di prevenzione a multi-componenti sono lo scheletro delle strategie di cura per il delirium: alcuni studi sostengono che sono i più efficaci su popolazioni ad elevato rischio o sui gruppi di pazienti ad alto rischio del delirium poiché post-operati o in condizioni mediche complesse. Il “ *Hospital Elder Life Program: A Model of Care to Prevent Cognitive and Functional Decline in Older Hospitalized Clients* “ è un esempio di programma di approccio globale che raccoglie interventi preventivi e strategie di cura basate su evidenze; l'appendice D del programma nella parte relativa a “ *Risck Factors for Delirium and Intervention Protocols* “ designa sei fattori di rischio negli anziani

( deterioramento cognitivo, visivo e uditivo, disturbi del sonno, immobilità e disidratazione ) e di ognuno di questi specifica i range degli score di eleggibilità dei pazienti, in base ai quali questi risultano essere più o meno a rischio, i relativi programmi di intervento standardizzato ed in ultimo i target di outcome per il riaccertamento del paziente.

Prendendo in esame solo i programmi di intervento per ogni fattore di rischio:

#### HOSPITAL ELDER LIFE PROGRAM: RISCK FACTORS FOR DELIRIUM AND INTERVENTION PROTOCOLS

DETERIORAMENTO COGNITIVO	Programmi per l'orientamento e le attività terapeutiche ( attività cognitive stimolanti almeno tre volte al dì, dialoghi sul quotidiano e sui ricordi, giochi di parole,...).
DETERIORAMENTO VISIVO	Programmi di supporto visivo mediante ausili ed equipaggiamento idoneo ( occhiali, rubriche telefoniche a caratteri grandi ed evidenziati, libri colorati,...) e rinforzo giornaliero per l'uso.
DETERIORAMENTO UDITIVO	Programmi di supporto uditivo con ausili per l'udito e tecniche speciali per la comunicazione, con rinforzo giornaliero per l'adattamento.
DISTURBI DEL SONNO	Programmi senza farmaci e programmi per l'aumento del sonno mediante l'uso di sistemi alternativi ( bevande calde prima di dormire, musicoterapica, massaggi, riduzione delle fonti di rumore,... ).
IMMOBILITA'	Programmi per la mobilitazione precoce da applicare tre volte al dì associati al minimo uso di presidi che ne limitano la realizzazione ( cateteri vescicale, drenaggi,...).
DISIDRATAZIONE	Programmi di reidratazione basati su un'accurata ricognizione dei valori emato-chimici del paziente e sulla stimolazione del medesimo all'assunzione di fluidi per via orale.

L'efficacia di questo programma fu approssimativamente del 25%. (Inouye, ed altri, 2000).

*1.5 Al fine di prevenire il delirio è consigliato che gli infermieri selezionino e incentivino l'utilizzo di un approccio multi-fattoriale al problema ( già sviluppato dagli esperti ), inteso come insieme di strategie di cura nate dalla collaborazione di più discipline e pertanto globale; non esistono, infatti, RCT che supportino l'efficacia di un'unica strategia di prevenzione e cura. (L.E. -III )*

Questo perché raramente il delirio è il risultato di una sola alterazione: più frequentemente scaturisce dal sovrapporsi di molteplici fattori di rischio e condizioni predisponenti.

FATTORI DI RISCHIO	CONDIZIONI PREDISPONENTI
Adulti con fratture di femore	Presenza di deterioramento cognitivo

Patologie mediche complesse	Anamnesi per patologie importanti
Periodo post-operatorio	Deterioramento sensoriale
	Farmaci
	Bilancio idro-elettrolitico/idratazione

*In questi casi uno screening sistematico, la prevenzione e strategie di cura multi-fattoriali risultano particolarmente utili ed efficaci nella diminuzione dei tempi di degenza e nella perdita di autonomia (esistono evidenze outcome su pazienti ospedalizzati).*

*Dalla revisione della letteratura sono state elaborate strategie di cura con team multi-disciplinari inerenti i seguenti campi:*

#### *1.5.1. Consultazione*

Incentivare la consultazione di servizi specialistici e coinvolgerli nel processo di approccio al delirium; sono: servizio geriatrico, membri di team multi-disciplinari, servizio psichiatrico, servizio di neurologia.

#### *1.5.2 Stabilità psico-fisica del paziente e reversibilità delle cause di delirio*

L' infermiere è responsabile della valutazione, interpretazione, gestione, documentazione e comunicazione dello stato psico-fisico del paziente. Risultati positivi sono associati, infatti, ad una precoce identificazione/trattamento delle cause "reversibili". Ossia:

- monitoraggio del bilancio idro-elettrolitico, dei valori ematici, dei parametri vitali;
- utilizzo di un metodo di assistenza sistematico per valutare lo stato generale del paziente da riportare al medico;
- assicurare un adeguato stato nutrizionale/idratazione e di sostegno dell'apparato sensoriale anche mediante presidi;
- evitare sonniferi;
- assistenza e gestione del dolore ( trattamenti eccessivi o in difetto sono deleteri );
- rimozione di presidi superflui ( catetere vescicale, CVP...).

#### *1.5.3 Farmacologia*

Conoscenza e consapevolezza da parte dell'equipe dei principi di farmacologia: la somministrazione di certi farmaci, per caratteristiche e/o per quantità, può indurre "delirium". E'quindi consigliato evitare somministrazioni superflue, ridurre al massimo il dosaggio farmacologico e prestare particolare attenzione a queste categorie di farmaci:

anticolinergici;  
istamina;  
sedativi ipnotici;  
antipsicotici;  
f. cardiovascolari.

Si consiglia l'uso di psico-farmaci solo per il trattamento di sintomi specifici o nei cambiamenti di comportamento e MAI come primo passo per la sedazione di uno stato di delirio. Inoltre non perseverare nell'uso di farmaci che non danno risultati positivi.

Mnemonic: Drug Category	Examples of Drugs
<b>A</b> ntiparkinsonian drugs	Trihexyphenidyl, Benztropine, Bromocriptine, Levodopa, Selegiline (deprenyl)
<b>C</b> orticosteroids	Prednisolone
<b>U</b> rinary incontinence drugs	Oxybutinin (Ditropan), Flavoxate (Urispas)
<b>T</b> heophylline	Theophylline
<b>E</b> mptying drugs (motility drugs)	Metoclopramide (Reglan), Propulsid (Cisapride)
<b>C</b> ardiovascular drugs (including anti-hypertensives)	Digoxin, Quinidine, Methadopa, Reserpine, Beta Blockers (Propranolol – to a less amount), Diuretics, Ace inhibitors (Captopril & Enalapril), Calcium Channel antagonists (Nifedipine, Verapamil & Diltiazem)
<b>H</b> 2 blockers	Cimetidine (uncommon on its own but ↑risk with renal impairment), Ranitidine
<b>A</b> ntimicrobials	Cephalosporins, Penicillin, Quinolones & others
<b>N</b> SAIDS	Indomethacin, Ibuprofen, Naproxen, as well as * salicylate compounds
<b>G</b> eropsychiatry drugs	1. Tricyclic antidepressants (e.g., Amitriptyline, Desipramine - to a ↓, Imipramine, Nortriptyline) 2. SSRIs- safer but watch if hyponatremia present. 3. Benzodiazepines (e.g., diazepam) 4. Antipsychotics (e.g., Haldol, Chlorpromazine, Risperidone)
<b>E</b> NT drugs	Antihistamines/decongestants/cough syrups in over-the-counter preparations
<b>I</b> nsomnia	Nitrazepam, Flurazepam, Diazepam, Temazepam
<b>N</b> arcotics	Meperidine, Pentazocine (risky)
<b>M</b> uscle relaxants	Cyclobenzaprine (Flexeril), Methocarbamol (Robaxin)
<b>S</b> eizure drugs	Phenytoin, Primidone

#### 1.5.4. Ambiente

L'infermiere deve identificare, ridurre e ove possibile eliminare fattori ambientali avversi ( appendice E ).

Si consiglia pertanto:

creare un ambiente quanto più familiare,

riorientare i pazienti con supporti tipo orologi, calendari...

ridurre le fonti di rumore ( la percezione sensoriale si acuisce negli stati di delirium ),

musico-terapia,

stimolazione sensoriale,

ripristino e mantenimento del ritmo sonno/veglia.

#### 1.5.5. Educazione

Aggiornamento continuo del personale sulla problematica e coinvolgimento ed educazione degli adulti/familiari nella prevenzione/gestione degli stati di delirio.

Questi i concetti cardine:

accertamento e valutazione delle caratteristiche psico-socio-educative degli anziani;

condivisione delle informazioni sul delirio con altri professionisti/strutture

( Appendice I – “Delirium Resources” ).

educazione sanitaria sulle cause ed i fattori di rischio che favoriscono l'insorgere di stati di delirio agli utenti ed ai familiari, come prevenzione per il futuro;

gestione e supporto dell'anziano/familiari nel periodo post-delirio  
( Appendice H –“Teaching Handout for Families and Friend of Patients”).

L'Appendice H tratta l'approccio educativo di familiari/amici dei pazienti colpiti da stato confusionale acuto. Con semplici parole rivolte a chi non fa parte dell'ambiente medico definisce cos'è il delirium, quali sono le cause scatenanti e i sintomi che si presentano ed in base ai quali il comportamento del loro caro viene completamente deviato generando in loro timore e stress. Fornisce gli estremi per riconoscere questi comportamenti fin dal principio ed i suggerimenti per affrontarli, quali ad esempio:

presenza di un parente/amico in tutto l'arco delle 24 ore evitando un ricambio di persona troppo frequente;  
limitare i visitatori  
mantenere un atteggiamento sereno, modulare la voce nell'approccio verbale, non considerando come offensive nei propri confronti parole e gesti che emergono in questa fase.  
Tranquillizzare il paziente ricordandogli dove si trova, che giorno è e che tutto va bene.  
Mantenere sempre una luce anche nelle ore notturne poiché permette al paziente di collocarsi nell'ambiente e di vedere chi c'è con lui, limitando il disorientamento.

#### 1.5.6. *Comunicazione/supporto emotivo*

Il personale deve stabilire/mantenere un rapporto di sostegno con l'utente anziano partendo dalle caratteristiche individuali di questo, sia psicologiche che sociali.

Quindi:

osservazione ravvicinata del soggetto;

- stabilire/mantenere un rapporto terapeutico di sostegno, con interventi di supporto all'orientamento del soggetto in relazione anche al suo stato emozionale ( appendice E );
- porsi in relazione in presenza di una figura familiare e con l'accortezza di modulare il tono della voce;
- mantenimento del ritmo sonno/veglia.

#### 1.5.7. *Comportamento*

Il personale è responsabile della prevenzione, identificazione ed incentivazione degli approcci curativi degli stati di delirium, volti a minimizzare i disturbi comportamentali ed a provvedere alla sicurezza ambientale.

E' bene allora:

monitorare e regolare le strategie di trattamento per assicurare la sicurezza del soggetto;

istruire lo staff;

predisporre le strutture

mantenere/migliorare lo stato nutrizionale/idro-elettrolitico;

rendere quanto più confortevole l'ambiente;

abolire l'uso di mezzi di contenzione;

impostare terapie farmacologiche ove necessario ( appendice G ).

Dalla letteratura sono inoltre stati estrapolati i relativi interventi (Appendice E: Description of interventions).

CATEGORIA SUPPORTO	DI	INTERVENTI
SOSTEGNO FISILOGICO		Stabilire e mantenere: equilibrio idro-elettrolitico, dei valori ematici, nutrizionale, delle funzionalità escretorie e della temperatura corporea; ritmo sonno-veglia

	<p>adeguata ossigenazione e pressione sanguigna gestione delle infezioni/dolore incrementare le attività riducendo i periodi di immobilità.</p>
COMUNICAZIONE	<p>Uso di un eloquio semplice, immediato con parole scandite bene e lentamente, esposto con voce modulata alzando il tono ove ci sia ipoacusia. Mai urlare. chiamare il paziente con il nome che preferisce, ripetere le domande e attendere con pazienza la risposta, dire al paziente ciò che si vuole sia o non sia fatto, ascoltare il paziente, osservarne il comportamento e cercare di leggerne i messaggi emozionali, usare il non verbale.</p>
AMBIENTE	<p>orientare il paziente fornendo informazioni sulla cadenza delle attività giornaliere, ripetere le informazioni se il paziente è confuso, fornire spiegazioni sui presidi usati, sulla loro funzione e sulle misure di sicurezza per non alterarli e rimozione appena possibile uso di calendari e orologi evitare cambiamenti di stanza, specie di notte, e mantenere in stanze singole i pazienti deliranti agitati, creare un ambiente libero da rischi ridurre/evitare ove possibile i sistemi di contenzione mantenendo un parente vicino al paziente.</p>
SUONO E LUCI	<p>Mantenere un ambiente sereno, con luci <i>soft</i> e indirette senza fonti di rumore. Supporti visivi/uditivi per pazienti con limitazioni sensoriali Uso di luci notturne Musica</p>
PSICOSOCIALE	<p>Incoraggiare comportamenti di autonomia nella cura di sé e sopperire ove il paziente non riesce o non si sente di provare</p>
INTERAZIONE SOCIALE	<p>Incoraggiare le visite dei familiari/amici regolandone però il numero e la lunghezza della permanenza Evitare l'isolamento sociale con fisioterapia e terapia occupazionale</p>
ALTRI INTERVENTI	<p>Consulto con infermieri specializzati in psichiatria o geriatria se il paziente presenta comportamenti particolarmente distruttivi, psicosi o sintomi che non migliorano in 48 ore Rassicurare il paziente durante gli episodi di confusione/delirium Impegnare i pazienti in attività che ne limitano l'ansia Limitare pensiero e riferimenti astratti mantenendosi sul concreto.</p>
INTERVENTI PER LA GESTIONE DI COMPORAMENTI DISTRUTTIVI NELLA FASE ACUTA	<p>Supervisione continua Distrarre il paziente Rimproveri verbali Isolamento Ignorare il paziente rinforzi positivi per comportamenti desiderati, rimozione dei rinforzi se comportamenti indesiderati limitare le attività del paziente restrizione farmacologica/fisica come ultima possibilità</p>
INTERVENTI PER LA LIMITAZIONE DEI COMPORAMENTI DISTRUTTIVI NELLA FASE ACUTA	<p>usare diversivi per distrarre il paziente dai comportamenti distruttivi che sta mettendo in atto, dividere le attività in piccole tappe in ordine di semplicità determinare ciò che causa tali comportamenti e cercare di prevenirli</p>
FARMACI	<p>limitare l'uso in fase acuta e negli stati con comportamenti distruttivi somministrazione regolare nei dosaggi più bassi monitorare eventuali effetti avversi e reazioni paradosse trattamento del dolore</p>

1.6 *Gli infermieri devono monitorare, valutare e modificare di conseguenza le strategie d'intervento multi-fattoriale rispetto alle azioni di base scorrette associate al delirio . ( L.E. –Iib )*

Sono raccomandati, infatti, il monitoraggio continuo dei pazienti con l'accertamento seriato dei sintomi cognitivi oltre il tempo di degenza, poiché può indicare l'efficacia degli interventi attuati o evidenziare un'evoluzione del delirium in una forma più severa, e la valutazione delle strategie; a tal fine si propone l'uso di tabelle come la Symptom Severity Rating Scale, la Delirium Rating Scale, il Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) o la Confusion Rating Scale, sotto citata, che consentiranno agli infermieri di rispondere più efficacemente ai bisogni dei pazienti.

Utilizzo sostenuto da studi prospettici su pazienti operati per frattura di femore ( Marcantonio – 2000 ), su pazienti con cancro avanzato associato ad ospedalizzazione ( Gagnon ).

*Esempio: di 89 pazienti, la prevalenza dei sintomi al ricovero era del 20,2% e la comparsa del delirio del 13%; l'incidenza dei sintomi scoperti dalla valutazione durante il follow-up del 52,1% mentre la comparsa del 32,8%. Di questi casi confermati la metà migliorò significativamente durante il follow-up, sebbene con prevalenza maggiore nei soggetti liberi dal delirio all'ingresso.*

La MDAS veniva usata in particolare per valutare la severità delle forme di delirio: la forma iperattiva fu trovata associata ad esiti peggiori che quella ipoattiva, considerata più mite.

### SCALE DI VALUTAZIONE DELLA CONFUSIONE

Data (mese, giorno, anno)			
	Giorno	Sera	Notte
Disorientamento			
Comportamento inappropriato			
Comunicazione inappropriata			
Illusioni/allucinazioni			

L'intervista diagnostica e lo screening utilizzando il Confusion Assessment Method (CAM) ha stabilito:

Interviewer:

Results of CAM:                      Positive for Delirium                      Negative for Delirium

#### Indicazioni

1. Registrare l'assenza o la presenza delle 4 dimensioni comportamentali descritte e riportate in tabella alla fine delle otto ore di ogni turno.

2. Considerare il turno di notte a partire dalla mezzanotte

3. Utilizzare le definizioni seguenti:

**Disorientamento:** verbale o con manifestazioni del comportamento o non essere orientato nel tempo e nello spazio o non riconoscere le persone all'interno della stanza

**Comportamento inappropriato:** comportamento inappropriato nello spazio e/o per la persona, per esempio strapparsi dispositivi medici, alzarsi dal letto quando questo è controindicato.

**Comunicazione inappropriata:** comunicazione inappropriata nello spazio e/o per la persona, per esempio incoerenza dei contenuti, assenza della comunicazione, o regressione della comunicazione.  
 illusioni/allucinazioni: vedere e sentire cose che non ci sono, distorsione degli oggetti visti.

4. I codici per ognuno dei quattro comportamenti sono i seguenti:

0 – comportamento non presente durante il turno

1 – comportamento presente durante il turno in maniera moderata



2 – comportamento presente durante il turno in maniera severa.

5. se c'è l'impossibilità nel raccogliere i dati d'accertamento per l'intero turno di lavoro, inserire le ragioni seguenti:

Sonno naturale

Sedazione farmacologia

Stupore o coma

altre ragioni

## Conclusioni

La scelta di affrontare una ricerca sulla problematica del delirium è nata dalla nostra comune esigenza di risposte concrete alla difficoltà di approccio con il soggetto in stato confusionale acuto. Pur provenendo da unità operative differenti non solo per tipo di patologie, grado di criticità, genere di prestazioni nonché quantità di risorse umane disponibili, la presenza di pazienti affetti da delirium ci è subito parsa una realtà che ci accomunava tutti.

E' evidente da questa linea guida, dagli studi condotti e dal numero di specialisti di varie discipline coinvolti, come questa sia una problematica di non trascurabile entità all'interno delle strutture sanitarie: lo dimostra chiaramente il fatto che la longevità dell'uomo rispetto al passato si sia riflessa nell'ambito ospedaliero con un innalzamento dell'età dell'utenza e quindi dei soggetti maggiormente esposti a rischio di delirium, con conseguente aumento della mortalità, incremento dei tempi di degenza, d'intensità delle cure infermieristiche e dei costi sanitari.

Viste le proporzioni del problema è quindi utile ricorrere alle evidenze scientifiche proposte dalla letteratura per far fronte a tutti i molteplici aspetti della questione: l'analisi di questa ci ha consentito di vagliare una quantità di materiale con una valenza di evidenze scientifiche più o meno importanti comunque tale da portare una risposta al nostro quesito di partenza.

La linea guida analizzata ci ha fornito chiarimenti sull'assistenza globale a questo tipo di paziente, sia dal punto di vista del riconoscimento precoce della sintomatologia, supportata da un numero consistente di studi clinici, sia dal punto di vista terapeutico inteso come interventi infermieristici volti al mantenimento e al ripristino dello standard di base, anche se supportato da un numero limitato di evidenze.

## Bibliografia

1. AGREE Collaboration (2001). *Appraisal of guidelines for research and evaluation*. [On-line]. Available: <http://www.agreecollaboration.org/>

2. American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed.). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.

3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders T.R.* Washington, D. C.: American Psychiatric Association.

4. Cole, M. G., Primeau, F., & McCusker, J. (2003). *Effectiveness of interventions to prevent delirium in hospitalized patients: A systematic review*. *Canadian Medical Association Journal*, 155(9), 1263-1268.

5. Ely, E. W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, R. et al. (2001). *Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU)*. *Critical Care Medicine*, 29(7), 1370-1379.

6. Foreman MD, Mion LC, Trygstad L, Fletcher K. *Delirium: strategies for assessing and treating*. In: Mezey M, Fulmer T, Abraham I, Zwicker DA, editor(s). *Geriatric nursing protocols for best practice*. 2nd ed. New York (NY): Springer Publishing Company, Inc.; 2003. p. 116-40. [20 references]
7. Inouye, S. K., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegel, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). *Clarifying confusion: The confusion assessment method*. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113(12), 941-948.
8. Milisen, K., Foreman, M. D., Abraham, I. L., De Geest, S., Godderis, J., Vandermeulen, E. et al. (2001). *A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients*. *Journal of American Geriatrics Society*, 49(5), 523-532.
9. Rapp, C. & Iowa Veterans Affairs Nursing Research Consortium (2001). *Acute Confusion/Delirium Protocol*. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(4),21-33.
10. Rapp, C.G. & The Iowa Veterans Affairs Nursing Research Consortium (1998). *Research-Based Protocol: Acute confusion/delirium*. In M. G. Titler (Series Ed.), *Series on Evidence-Based Practice for Older Adults*. Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core.
11. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). *Screening for delirium,dementia and depression in older adults*. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); 2003 Nov. 88 p.
12. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). *Caregiver strategies for older adult whit delirium,dementia and depression*. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)
13. Vertesi, A., Lever, J. A., Molloy, D. W., Sanderson, B., Tuttle, I., Pokoradi, L. et al. (2001). *Standardized mini-mental state examination: Use and interpretation*. *Canadian Family Physician*,47, 2018-2023.

Brugnetini Lucia – Infermiera U.O. Chirurgia D’Urgenza  
Chiarabelli Matteo – Infermiere U.O. Terapia Intensiva Cardiologia  
Frattarolo Rosa – Infermiera U.O. Cardiochirurgia