

**29°** Congresso Nazionale Aniarti 2010

# **DALL'ASSISTENZA IN AREA CRITICA ALL'ASSISTENZA PRIMARIA**

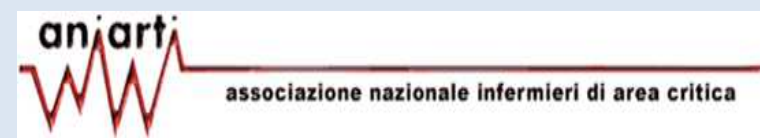


- ✓ Una continuità che ristrutturata il sistema per la salute
- ✓ Riequilibra la valenza fra il curare e l'assistere
- ✓ Garantisce le persone anche nella cronicità

## **Dormire? Si grazie!**

**Dott. Ilaria Cossu**

**U.C.S.C. Policlinico A.Gemelli Roma, U.O. Terapia Intensiva Post Operatoria**



Dormire, indispensabile bisogno  
fisiologico spesso sottovalutato e  
disatteso

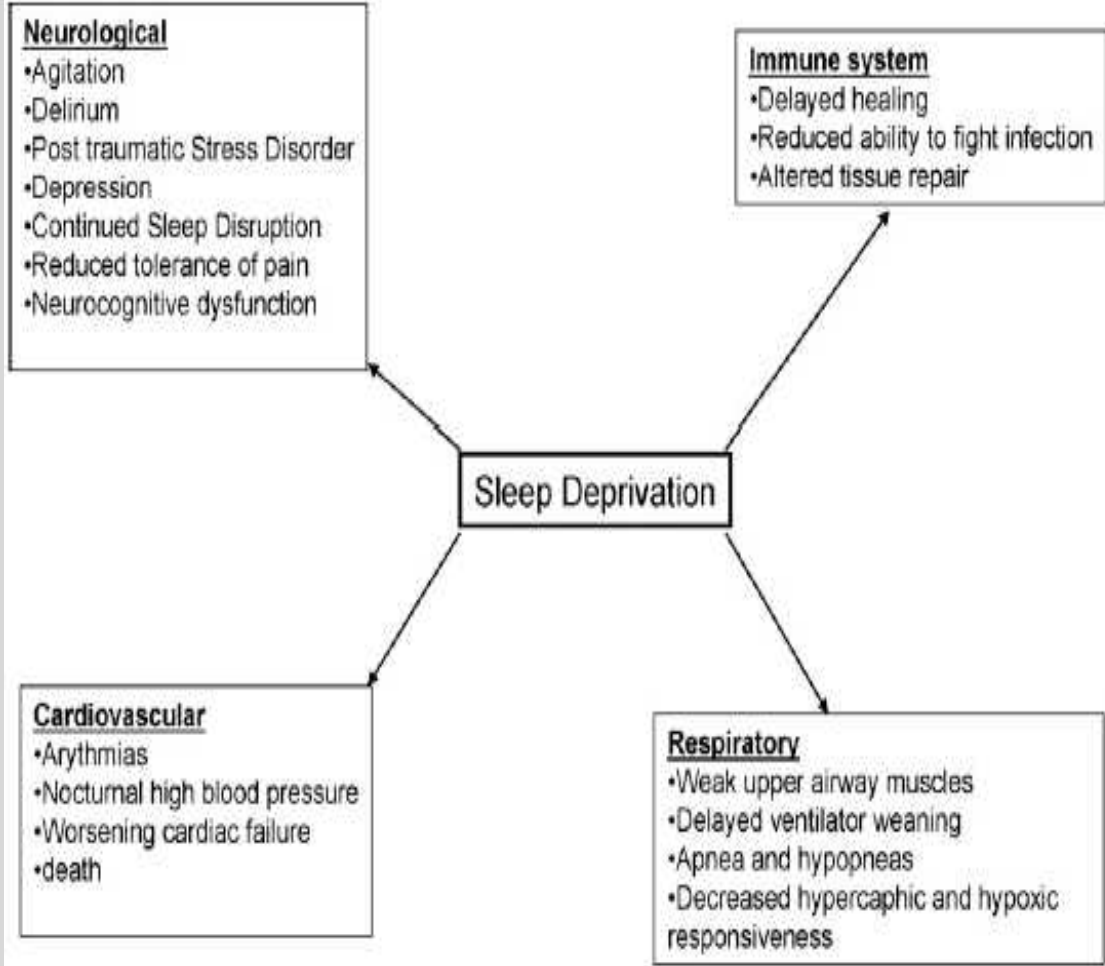
# Patients admitted to the ICU are susceptible to severe sleep deprivation.

## Disfunction on Sleep quality and quantity

Sonno totale alterato  
 Sonno leggero/Agitato  
 Frammentazioni  
 Risvegli facili e frequenti  
 Difficile induzione/mantenimento  
 Alterazione ritmo notte/giorno  
 Sonnolenza diurna  
 Brevi pisolini

## Architettura del Sonno in ICU 70-100 min

Sonno totale	Uguale / Diminuito
P. latenza	Uguale / Diminuito
Efficacia	Diminuita
Frammentazione	Aumentata
Fase 1	Aumentata
Fase 2	Diminuite
Fase 3 e 4	Diminuite
REM	Diminuita



- Neurological**
- Agitation
  - Delirium
  - Post traumatic Stress Disorder
  - Depression
  - Continued Sleep Disruption
  - Reduced tolerance of pain
  - Neurocognitive dysfunction

- Immune system**
- Delayed healing
  - Reduced ability to fight infection
  - Altered tissue repair

- Cardiovascular**
- Arythmias
  - Nocturnal high blood pressure
  - Worsening cardiac failure
  - death

- Respiratory**
- Weak upper airway muscles
  - Delayed ventilator weaning
  - Apnea and hypopneas
  - Decreased hypercapnic and hypoxic responsiveness

Figure 1 The multisystem impact of sleep deprivation on critically ill patients.

Factors that impact on sleep in intensive care patients

Agness, C. Tembo<sup>a</sup>\*, Vicki Parker<sup>b,1</sup>

Intensive and Critical Care Nursing (2009) 25, 314–322

**Ripercussioni negative sulla morbilità, degenza in ICU e sull'outcome finale.**

**Le disfunzioni del sonno provocano sonnolenza, senso di fatica, stanchezza, irritabilità ingravescente, aggressività, difficoltà alla concentrazione, disturbi percettivi, difficoltà d'orientamento, delirio, disordini post traumatici, illusioni ed allucinazioni, riduzione della tolleranza al dolore, alterazione nell'incrementazione ormonale e delle catecolamine, stress emozionale, insulino resistenze e disfunzioni immunitarie con riduzione delle difese immunitarie, fatica e deficit muscolari, disfunzioni respiratorie, apnee, deficit della riparazione tissutale, alterazioni elettrolitiche e cardio circolatorie, incremento consumo energetico, .....**

**...Sleep is important in the critically ill for healing and survival and yet there is consistence reporting that patients in iCU still do not have enough sleep....**

**Per i degenti ICU i disturbi del sonno/riposo sono vissuti come la principale causa di stress, con sequele post dimissione.**

**Circa il 56% dei degenti ICU manifesta disturbi del sonno**

**21-61%** Beyerman K. 1987; Yinnon AM 1992 **deprivazione del sonno nella 1°gg degenza**

**Weinhouse et all, 2006 40% frequenti risvegli, 35% difficoltà ad addormentarsi, >73% infastiditi da tale problema**

## **I disturbi del sonno**

**vengono considerati inevitabili conseguenze dell'esperienza ICU**

**e non riconosciuti come complicanze secondarie al trattamento di patologie critiche**

**The cause appears to be multifactorial,** including the patient's underlying illness, medications, therapeutic or monitoring interventions, mechanical ventilation, and the ICU environment and staff.

**constant noise and light**, makes it difficult for patients to distinguish between night and day, producing **changes in the circadian rhythm** (Evans and French, 1995; Topf et al., 1996; Simpson et al., 1996a; Olson et al., 2001).

**continuous interruptions to their sleep** time because of **nursing procedures**, as well as their own **discomfort**, thirst, and **pain** among **other factors** (Hilton, 1976).

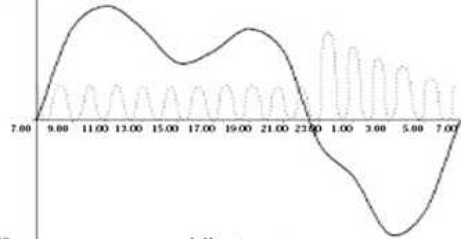
**Deprivazione spazio-temporale**

**Ambiente non confortevole**

**surgical procedures** and **anaesthetic drugs** may alter the sleeping pattern of patients who have undergone major **surgery** (Aurell and Elmqvist, 1985; Krachman et al., 1995; Rosenberg-Adamsen et al., 1996).

**Drugs** used in critical care such as **benzodiazepines**, **opioids**, **continuous infusions of inotropes (catecholamines)**, **antihypertensives**, **antipsychotics**, **antidepressants** including **anticonvulsants** were among the drugs that caused sleep disruption in ICU patients

(Drouot et al., 2008; Parthasarathy and Tabin, 2004; Thelen et al., 1990; Krachman et al., 1995; Sedeker, 2000)



# Strategie per favorire sonno/riposo in ICU



- Educativi
- Ambientali
- Organizzativi
- Farmacologici e non

## **Kornfield (1969)**

1. Stanze singole di degenza
2. Incrementare i periodi di sonno ininterrotto
3. Sistemare fuori dalla stanza gli equipaggiamenti di monitoraggio non essenziali
4. Incrementare la mobilità dei degenti
5. Favorire l'orientamento del degente con orologi e calendari a vista
6. Finestra esterna visibile dal posto letto di ogni degente





## Creare un ambiente che promuove il riposo:

- Luce naturale di giorno
- Riduzione delle luci la notte: chiudere e tendere, la porta, faretti notturni
- Parlare piano e Regolare i limiti e volumi allarme dei monitor
- **Riorganizzare gli interventi dello staff**

Tabella 1: Strategie per evitare il manifestarsi di “psicosi da ICU” (4)

Utilizzo di camere singole (dove possibile);
Ridurre al minimo le interruzioni del sonno;
Ridurre il monitoraggio (quando non necessario);
Aumentare la mobilizzazione del paziente;
Favorire la vista delle finestre al paziente;
Rendere visibili orologi a muro e calendari;
Moderare il tono ed il tipo di linguaggio dell'equipe;
Rimandare alle ore diurne le manovre che generano rumore;
Eliminare i risvegli notturni non necessari (per es. la visita medica);
Simulare se possibile il ciclo luce/buio.

Giusti G.D., et al. “Sonno/veglia” in terapia intensiva: definizione del problema, problematiche assistenziali, implicazione per il paziente. Scenario 2006;23 (3): 6-12



Rong-fang Hu et al. Effects of earplugs and eye masks on nocturnal sleep, melatonin and cortisol in a simulated intensive care unit environment Critical Care 2010, 14:R66

Poletti N. (2010). Applicazione di protesi auricolari antirumore in pazienti sottoposti a ventilazione con casco NIV: effetti sul sonno in Terapia Intensiva. Scenario, 27 (1), 4-11



**DaiWai m. Olson et all. (2001) *Quiete time*: A nursing intervention to promote sleep in Neurocritical Care Units. American Journal of critical care Vol 10 (2), 74-78**

**Movimentazione, frizioni/massaggi prima di dormire  
Comunicazione non clinica, immaginario guidato  
Supporto psicologico  
Orientamento spazio temporale,  
Interventi non farmacologici:**

**Relaxing massage, music therapy, therapeutic touch,  
melatonin envirommental interventions,**

**Culpepper- Richards K. Effect of back massage and relaxation intervention on sleep in critacally ill patients. Am J Crit Care. 1998;7:288-298**

**Richards K et all. Use of complementary and alternative Therapies to promote sleep in critically ill patients. Crit Care Nuers Clin North Am. (2003) Sep; 15 (3):329-40**





# CONCLUDENDO.....

- **I disturbi del sonno sono un problema reale**
- **Sleep Assessment Tools devono far parte degli strumenti di pianificazione**
- **Quiet time period Riorganizzazione delle pratiche e tempi assistenziali**
- **Umanizzazione dell'ambiente**
- **Interventi non farmacologici**
- **Comunicazione**

the reduction of background distractions is necessary and can be achieved by offering the patient the means to isolate himself from his surroundings (eye masks, ear plugs etc.) (Daly, 1989; Richards, 1998; Richards et al., 1998; Wallace et al., 1999; Olson et al., 2001).

**Grazie!**

