OSPEDALE SAN RAFFAELE
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

Università Vita-Salute San Raffaele

ANALGO –SEDAZIONE E DELIRIUM IN TERAPIA INTENSIVA:

Studio quantitativo, analitico, retrospettivo, aderenza al protocollo interno in Terapia Intensiva Generale IRCCS San Raffaele

Apadula Laura
Leggieri Carlo
Melis Michela

Riva del Garda
31° CONGRESSO ANIARTI
14/15/16 NOVEMBRE 2012

DELIRIUM

AMERICAN PHYSCHIATRIC ASSOCIATION'S (APA) DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM-IV)

Disordine della coscienza e dello stato cognitivo che si sviluppa in un breve periodo di tempo e fluttua

Cenni di letteratura:

- Si sviluppa tra il 10-50% di tutta la popolazione ospedalizzata;
- Prevalenza dell’80% dei pazienti in ICU in VAM;
- Si associa ad *outcome* negativi.

Scopo dello studio

- Incidenza del delirium all'interno dell'Unità Operativa

- Rapporto del livello di analgo-sedazione in ralazione alla CPOT e RASS

  (Society of Criticlal Care Medicine)

Materiali e Metodi (1)

- Durata dello studi 6 mesi (dal 1° aprile al 30 settembre 2011);
- Pazienti reclutati 56 (età media 60 anni);
- Criteri di inclusione:

  - età compresa tra 18 e 80 anni;

  - nessuna distinzione in merito alla diagnosi d'ingresso.
- Criteri esclusione:

  - età;

  - anamnesi + per patologie psichiatriche o neurologiche;

  - barriere linguistiche.

Materiali e Metodi (2)

- Scale di valutazione:
  1) Dolore: scala CPOT
     (CPOT = Critical Pain Observation Tool, target 0/1)
  2) Sedazione: scala RASS
     (RASS = Richmond Agitation and Sedation Scale, target -2/0)
  3) Delirium: scala ICDSC
     (ICDSC = Intensive Care Delirium Screening Check-list, target 0/3)
- Algoritmo San Diego Patient Safety Council;
- Scheda rilevazione dati.

ALLEGATO 1

Algoritmo di valutazione in UTI del paziente adulto sedato

Il Paziente è tranquillo e sono stati raggiunti i target di Analgesia e Sedazione?

No

- Identifica e correggi le cause reversibili
- Utilizza accorgimenti non farmacologici
- Ottimizza le condizioni ambientali

Si

- Rivaluta il paziente ogni 2 ore
- Modifica la terapia per mantenere i target raggiunti
- Esegui il SAT, se indicato

Vedi algoritmo SAT

Dolore

- Il paziente ha dolore?
- Utilizza le scale di valutazione del dolore
- Identifica il target per l'analgesia

TARGET: CPOT: 0 - 1

Identifica le possibili cause

Iniziare trattamento farmacologico:
Avviare Ultiva 0,1 mcg/Kg/min su prescrizione del medico

Rivalutare il paziente
Modificare l'infusione di Ultiva con incrementi o decrementi di 0,025 mcg/Kg/min ogni 5-10 min per ottimizzare l'analgesia

ATTENZIONE
Monitorare costantemente PA e FR, segnalare al medico responsabile del paziente gli episodi di ipotensione (PAS< 90mmHg, PAM<60 mmHg) e bradipnea/apnea (FR<6)

Sedazione

- Il paziente è agitato/ansioso?
- Utilizza le scale di valutazione della sedazione
- Identifica i target per la sedazione

TARGET:
Richmond Agitation Sedation Scale (RASS): tra 0 e -2

Identifica le possibili cause

Scelta del farmaco:
Emodinamica stabile
Iniziare Diprivan 2%: bolo 2 ml + pc 2 ml/h
Emodinamica instabile
Iniziare Ipnovel 2mg/h (salvo diversa prescrizione)

Rivalutare il paziente
Rivalutare il piano di sedazione ogni 5-10 min nella prima ora e successivamente ogni 2 ore

Modificare l'infusione di farmaco con incrementi o decrementi di 2 ml/h (Diprivan 2%) o 1 mg/h (Ipnovel) per ottenere sedazione prescritta

ATTENZIONE
Monitorare costantemente PA e FR, segnalare al medico responsabile del paziente gli episodi di ipotensione (PAS< 90mmHg, PAM<60 mmHg) e bradipnea/apnea (FR<6)

Delirium

- Il paziente ha delirium?
- Usa la scala di valutazione del delirium

Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)
Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

Identifica le possibili cause

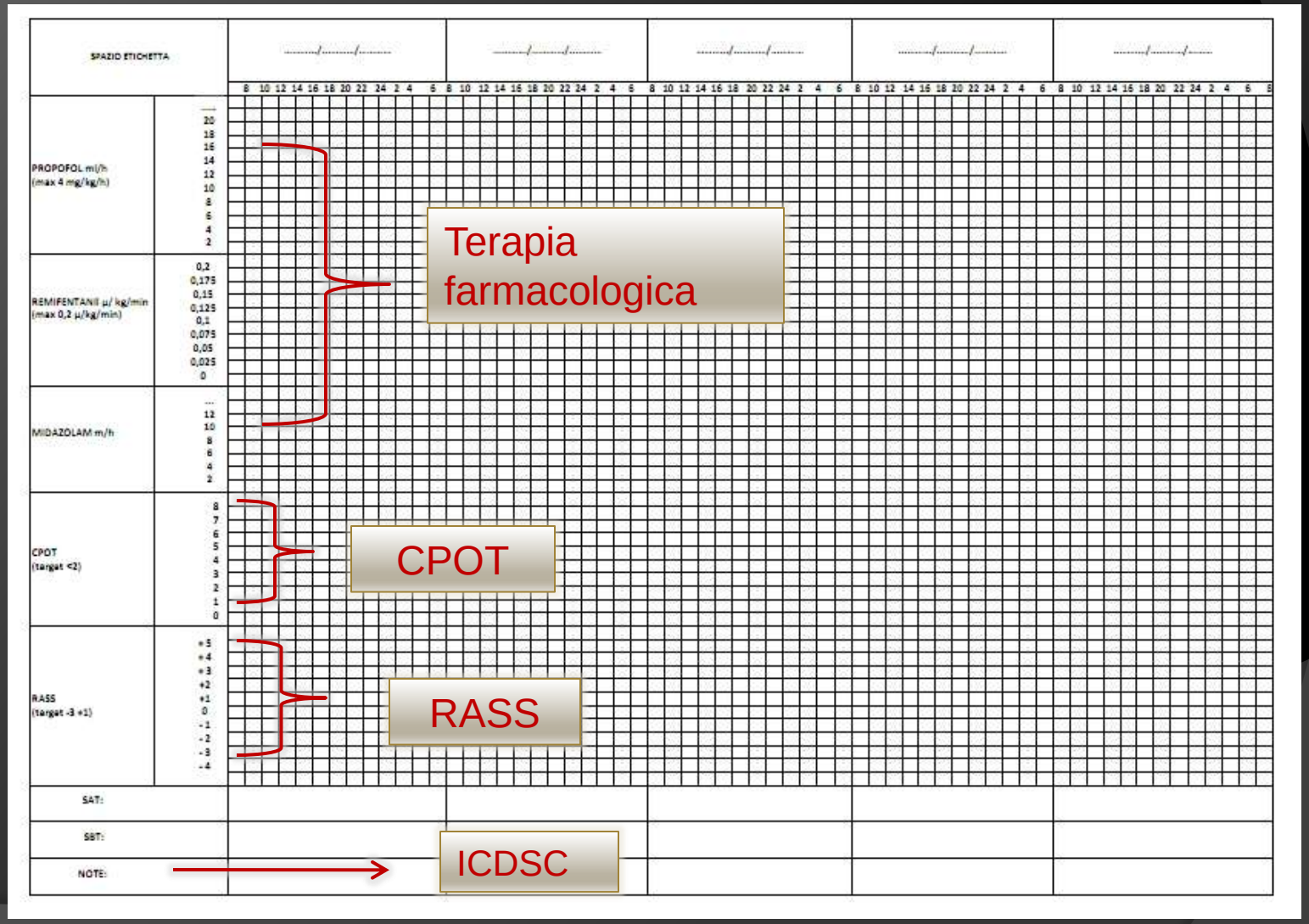
Terapie Farmacologiche:
EV o PO:
Serenase 2.5-5mg (0,5-2mg negli anziani) x 4/die (max 20mg/die)

ATTENZIONE: sospendere in caso di febbre elevata, rigidità muscolare, QTc allungato, cautela nel paziente con QTc di base >440msec

Trattamenti non farmacologici:

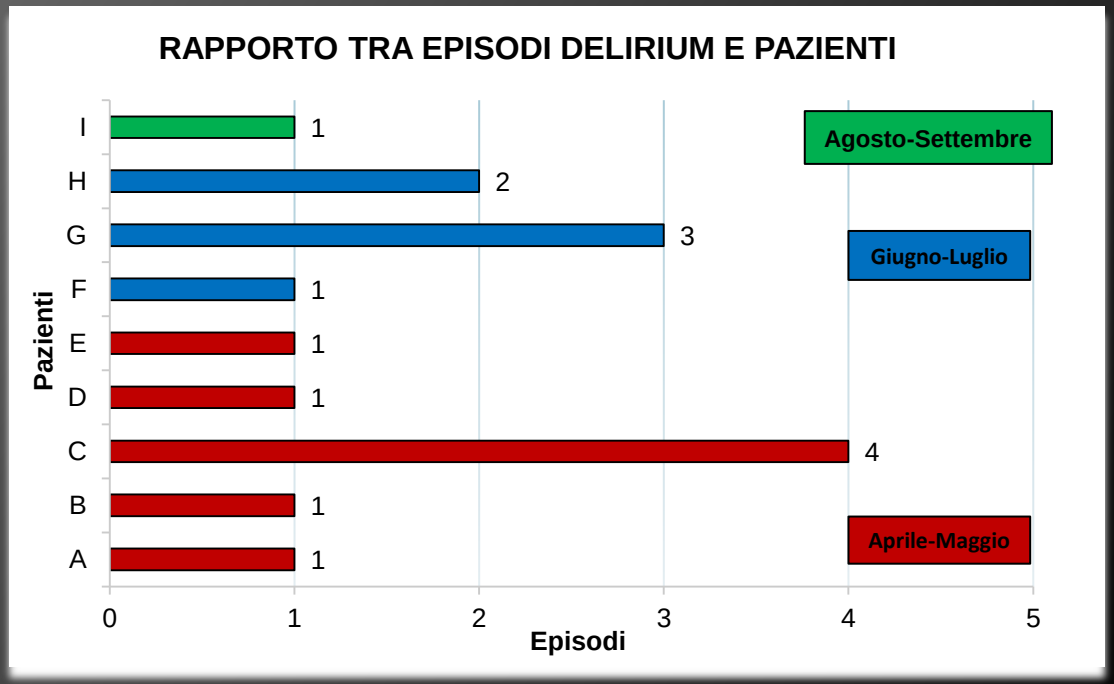
- Esegui il SAT ogni giorno
- Riorienta il paziente continuamente
- Incentiva una mobilizzazione precoce
- Favorisci un regolare ciclo sonno/veglia
- Appena possibile rimuovi presidi e contenzioni
- Favorisci l'utilizzo di occhiali da vista ed apparecchi acustici
- Minimizza i rumori e le stimolazioni durante la notte
- Minimizza l'uso di benzodiazpine per la sedazione

Scheda di rilevazione dati

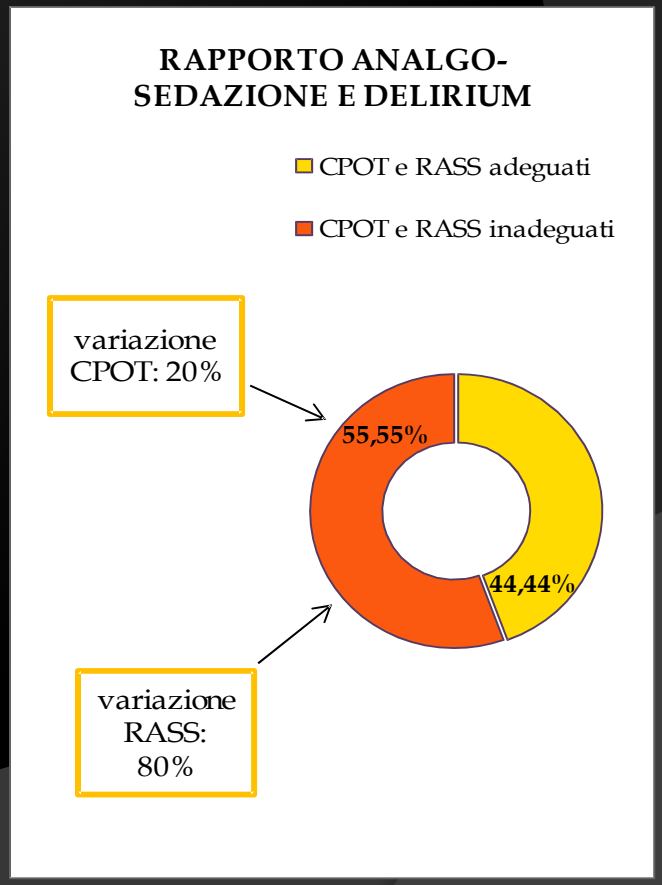


Risultati (1)

Incidenza delirium



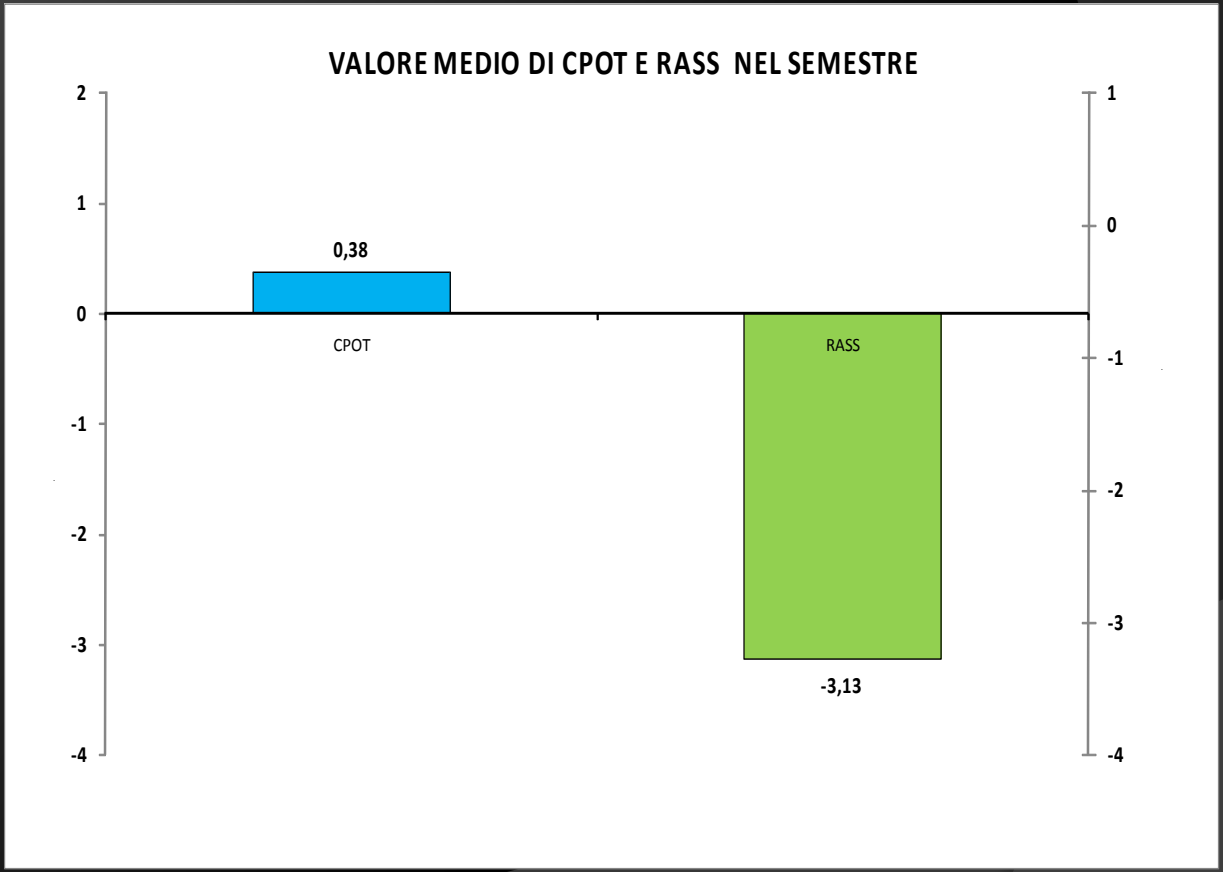
Totale Casi: 15
Pazienti Coinvolti: 9



INCIDENZA DELIRIUM:
34,09%

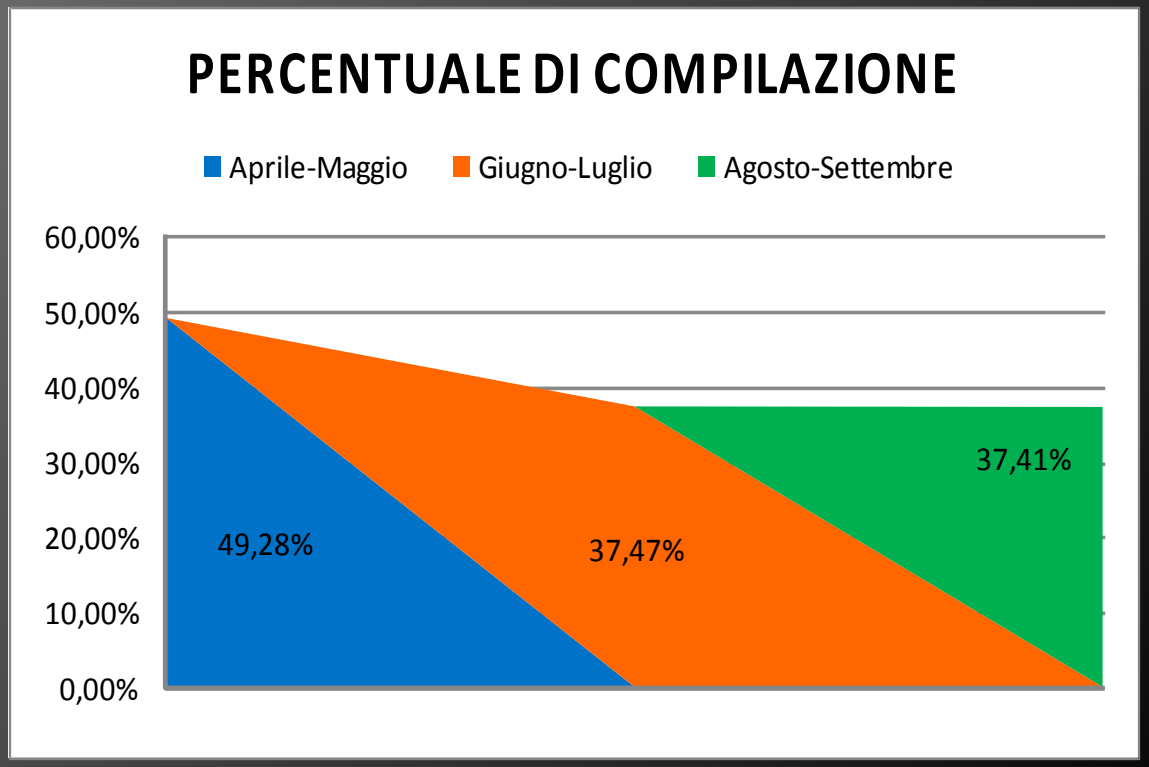
Risultati (2)

Valutazione analgo-sedazione



Target CPOT: 0, +1
Target RASS: -2, 0

Aderenza protocollo



PERCENTUALE DI COMPILAZIONE SCHEDE DI RILEVAZIONE DATI:
MEDIA TOTALE
41,38%

Compilazione ICDSC 7,91%

Conclusioni

1. Incidenza del delirium in linea con la letteratura

2. Valutazione analgo-sedazione
   a. Adeguato controllo del dolore
   b. Eccessiva sedazione dei pazienti

Come giustifichiamo i risultati ottenuti:

- Rilevazione delirium limitate per scarsa conoscenza dell'argomento?della scala ICDSC?
- Problema di forma mentis?
- Poca autonomia decisionale?

… prospettive future

- Maggiore consapevolezza sul delirium;
- Interventi di sensibilizzazione;
- Maggior autonomia decisionale infermieristica (trattamenti non farmacologici);
- Proseguire raccolta dati quantitativa:
  - Attualmente campione ridotto;
  - Campione limitato ad una sola U.O.

apadula.laura@hsr.it
melis.michela@hsr.it
leggieri.carlo@hsr.it

BIBLIOGRAFIA:

- *Toll kit. ICU Sedation Guidelines of Care*. San Diego Patient Safety Council December 2009;
- Ely, Shintani et all. *Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit*. JAMA 2005; 291: 1753-1762;
- Schuurmans, Duursma, Shortridge-baggett. *Early recognition of delirium: review of the literature*. Jornal of Clinical Nursing 2001: 10: 721-729;
- Truman and Ely. *Monitoring delirium in critically ill patients. Using the Confusion Assessment method for the Intensive Care Unit*. Critical Care nurse 2003; 23: 25-35;
- Cook. *Guideline Watch. Practice guideline for the treatment of patients with delirium*. American Psychiatric Association 2004, web site www.psych.org;
- Jacobi, Fraser, Douglas, Riker, Fonaine, Wittbrodt, Chalfin et all. *Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult.* Critic Care Med 2002;30: 119-141;
- Roberts. *Managing Delirium in adult intensive care patients*. Critical care nurse 2001; 21: 48-54;
- Dubois MJ, Bergeron N, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. *Delirium in an intensive care unit : a study of risk factors*. Intensive Care Med 2001; 27:1297-1304;
- Ouimet S, Kavanagh BP, Gottfried SB, Skrobik Y. *Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium*. Intensive Care Med 2007; 33:66-73;
- Litton KA. *Delirium in the critical care patient: what the professional staff needs to know*. Crit Care Nurs Q. 2003 Jul-Sep; 26(3):208-13;
- Dott. Giusti Gian Domenico. Il delirio, un problema in area critica. 29° Congresso Nazionale ANIARTI, Dall' assistenza in area critica all'assistenza primaria. 10-11-12 novembre 2010;
- http://www.icudelirium.org

CRITICAL CARE PAIN OBSERVATION TOOL (CPOT, 2006)

Tabella 2.

Strumento di osservazione del dolore in terapia critica

Indicatore	Descrizione	Punteggio
Espressione facciale	Nessuna tensione muscolare osservata	Rilassata, neutra: 0
	Presenza di accigliamento, strizzamento palpebrale, serramento orbitale e contrazione dell'elevatore	Tensione: 1
	Tutti i movimenti facciali descritti sopra più rima oculare strettamente serrata	Smorfie dolorose: 2
Movimenti del corpo	Nessun movimento (non implica necessariamente l'assenza di dolore)	Assenza di movimento: 0
	Movimenti lenti e cautelati, toccamento o sfregamento del sito di dolore, ricerca di attenzione attraverso i movimenti	Protezione: 1
	Strattoni al tubo, tentativo di sedersi, movimento degli arti/trascinamento, comandi non eseguiti, comportamento violento con lo staff, tentativo di uscire dal letto	Agitazione: 2
Tensione muscolare	Nessuna resistenza a movimenti passivi	Rilassato: 0
	Resistenza a movimenti passivi	Tensione, rigidità: 1
	Forte resistenza a movimenti passivi, incapacità di completarli	Forte tensione o rigidità: 2
Compliance alla ventilazione	Allarme non attivato, ventilazione semplice	Tollerante alla ventilazione o al movimento: 0
	Gli allarmi si fermano spontaneamente	Tosse ma tolleranza: 1
	Asincronia: blocco della ventilazione, allarmi frequentemente attivati	Contrasto alla ventilazione: 2
O		
Vocalizzazione (pazienti estubati)	Parla in tono normale o assenza di suoni	Vocalizzazione normale o no suoni: 0
	Sospiri, gemiti	Sospiri, gemiti: 1
	Pianto, singhiozzo	Pianto, singhiozzo: 2

Il punteggio di ognuno dei 4 domini viene sommato, con un punteggio totale da 0 a 8 (34).

RICHMOND AGITATION-SEDATION SCALE RASS

PUNTEGGIO	DEFINIZIONE	DESCRIZIONE
+ 4	Combattivo	Chiaramente combattivo, violento, imminente pericolo per se stesso o per lo staff
+ 3	Molto agitato	Aggressivo, rischio evidente di rimozione cateteri o tubi
+ 2	Agitato	Frequenti movimenti afinalistici, disadattamento alla ventilazione meccanica
+ 1	Irrequieto	Ansioso ma senza movimenti aggressivi e vigorosi
0	Sveglio e tranquillo	Comprende i periodi di sonno fisiologico
- 1	Soporoso	Non completamente sveglio, apre gli occhi allo stimolo verbale, mantiene il contatto visivo > 10 secondi
- 2	Lievemente sedato	Brevi risvegli allo stimolo verbale, contatto visivo < 10 secondi
- 3	Moderatamente sedato	Movimenti o apertura degli occhi allo stimolo verbale (ma senza contatto visivo)
- 4	Sedazione profonda	Non risposta allo stimolo verbale, movimenti o apertura occhi alla stimolazione fisica
- 5	Non risvegliabile	Nessuna risposta alla stimolazione tattile/dolorosa

Stimolo verbale

Stimolo tattile-dolorifico

Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

1. Alterato livello di coscienza. Scegliere uno da A-D.
A. Eccessiva risposta alla normale stimolazione (RASS = +3, +4) Aggiungere 1 punto
B. Normale stato di veglia (RASS = O)
Aggiungere 0 punti
C. Lieve o moderata risposta alla stimolazione (RASS = -1, -2) Aggiungere 1 punto
(se il paziente è stato di recente sottoposto a sedazione o ad analgesia non aggiungere punti)
A. Risposta solo dopo un'intensa e ripetuta stimolazione o nessuna risposta (RASS = -3, -5): Stop valutazione
Note: può essere necessario rivalutare il paziente se di recente è stato sedato.
1. Disattenzione. Dare un punto se uno dei seguenti aspetti è alterato:
A. Difficoltà ad eseguire i comandi OPPURE
B. Facilità ad essere distratto dagli stimoli esterni OPPURE
C. Difficoltà a mantenere la concentrazione
(Es: Il paziente vi segue con lo sguardo?)
1. Disorientamento. Dare un punto se il seguente aspetto è presente:
A. Disorientato nello spazio e/o nel tempo, confonde le persone
1. Allucinazioni o delusioni. Dare un solo punto se A e/o B sono presenti:
A. Allucinazioni o presenza di comportamenti legati ad allucinazioni (Allucinazione: percezione di qualcosa che non è reale in assenza di stimoli) OPPURE
B. Delirio o grave alterazioni nella visione della realtà (Delirio: falsa convinzione che è fissa/immutabile)
(Es: Si sono verificate allucinazioni nelle ultime 24h? Dubita delle persone o delle cose intorno a se? La paura è inappropriata rispetto alle condizioni cliniche)
1. Agitazione psicomotoria o ritardo. Dare un solo punto se A e/o B sono presenti:
A. Iperattività che richiede in ordine l'uso addizionale di farmaci sedativi o contenzioni OPPURE
B. Ipoattivo o ritardo psicomotorio

1. Alterazione dell'eloquio o dell'umore. Dare un solo punto se A e/o B sono presenti:
A. Eloquio alterato ed incoerente OPPURE
B. Umore inappropriato alla situazione o all'evento
(Es: Il paziente è apatico verso la situazione clinica? C'è assenza di emozioni?
Vi sono anomalie evidenti nel parlare o nell'umore? Il paziente è inapropriatamente esigente?)
1. Disordini del ciclo sonno/veglia. Dare un solo punto se A, B e/o C sono presenti:
A. Sonno inferiore alle 4 ore a notte OPPURE
B. Risvegli frequenti durante la notte (esclusi i risvegli indotti dai sanitari o da attività rumorose) OPPURE
C. Sonno ≥ a 4 ore durante il giorno
1. Fluttuazioni dei sintomi. Dare un punto per:
I sintomi da 1 a 7 sono variabili o intermittenti nelle 24h

Prevede 8 *item* (giudicati presenti o assenti), compresa la valutazione dello stato di coscienza e ad ogni paziente è assegnato un punteggio tra 0 e 8; un punteggio ≥ 4 è considerato diagnostico di delirium.