

29° Congresso Nazionale Aniarti 2010

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

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

10 - 11 - 12 Novembre 2010 - Palacongressi della riviera di Rimini, Via della Fiera, 52 - Rimini



Il delirio, un problema in Area Critica

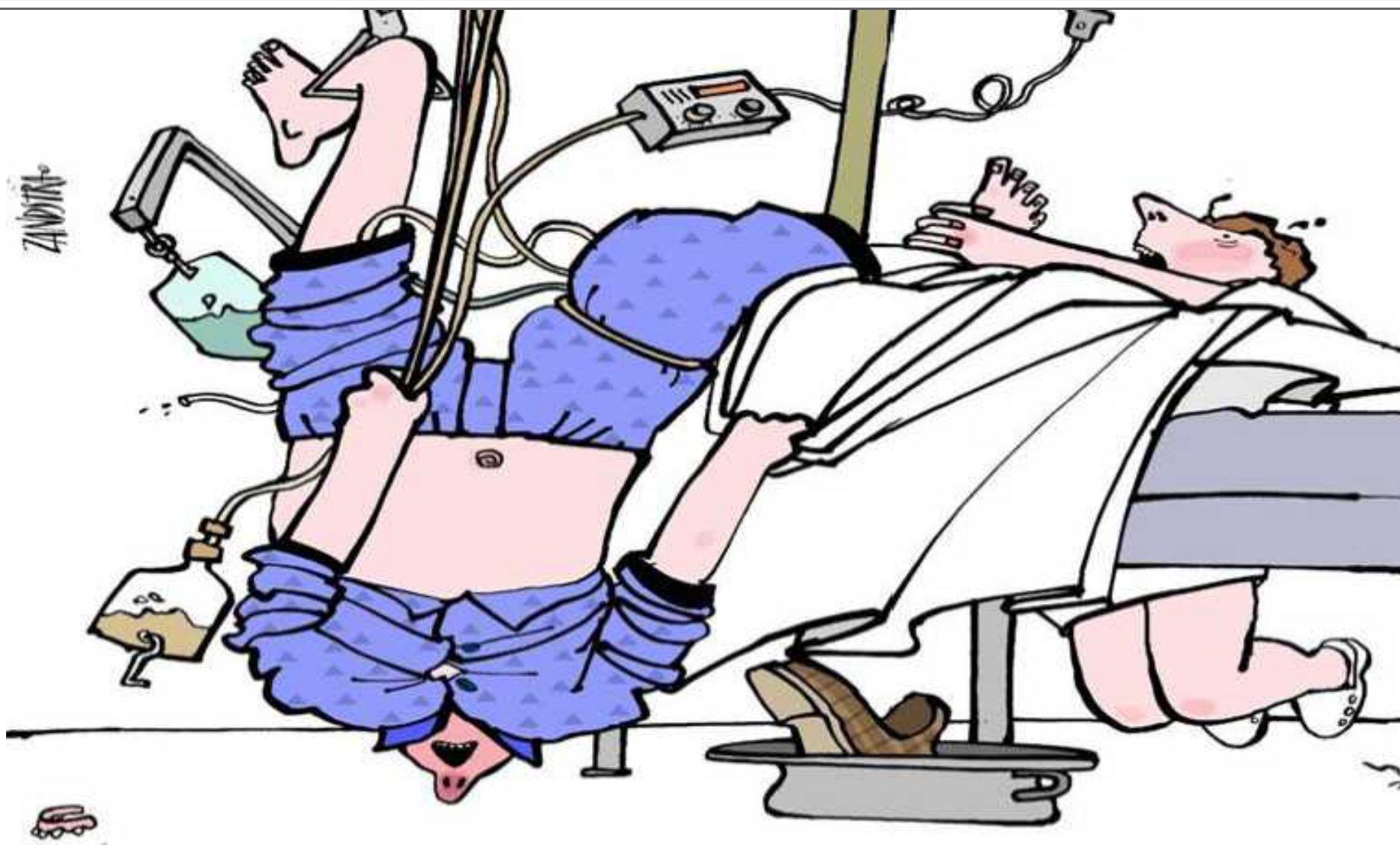
Dott. Giusti Gian Domenico
Infermiere
A.C.U.T.I. (Area Critica Unità di Terapia Intensiva)
A.O. di Perugia "S.Maria della Misericordia"



...perché parlare di delirio:

- **Aniarti** nello svolgimento delle sue attività ha anche l'obiettivo di **ottimizzare e migliorare la qualità delle cure** in Terapia Intensiva (**ICU**); per far questo si è resa promotrice di una serie di **iniziative, eventi e ricerche**, studiando alcuni fenomeni che si verificano in ICU e sensibilizzando il personale nel perfezionare cure ottimali

...perché parlare di delirio:



...ancora delirio...

...negli ultimi 10 anni le terapie intensive sono diventate una parte essenziale degli ospedali... credo quindi che sia il momento più appropriato per esaminare l'impatto di questo ambiente sul paziente ed il personale...

108 11 January 1969

Priorities in Medicine

BRITISH
MEDICAL JOURNAL

city and even from hospital to hospital in the frequency with which certain routine operations are performed, in the mortality from standard surgical procedures, and in the duration of stay in hospital of patients with similar diseases? Do long-stay patients with hernias or varicose veins really fare better or worse than short-stay or outpatient cases respectively, or do the more economical methods of treatment demand differently trained surgeons? Does the patient with cardiac infarction do better under the continuous monitoring of the specialist hospital unit or in bed at home with simple nursing care? At

what point does population screening cease to pay dividends and become counter-productive? These questions and many like them require answers. The answers are needed to support our demand for the facilities we need to give our patients the best that modern medicine can offer. They cannot be furnished by a Government department. Justified or not, it would almost certainly face the charge of encroaching on the doctors' clinical freedom and of special pleading in the cause of economy. The answers can come only from the profession.

HOSPITAL TOPICS

Psychiatric View of the Intensive Care Unit

DONALD S. KORNFELD,* M.D.

Brit. med. J., 1969, 1, 108-110

In less than 10 years intensive care units have become an essential part of most general hospitals. They have demonstrated their value in the treatment of the critically ill. Obviously, in the initial development of such instrumentation our attention was focused on mastering the technology. A reasonable level of mastery now appears to exist. I therefore believe this is an appropriate time to examine the impact of this environment on the people who live in it—patients and staff.

The psychiatric problems can be placed in four categories: (1) the psychiatric reactions produced by the serious medical-surgical illnesses that bring the patient to such a unit; (2) the psychiatric reactions produced by the unique environment of such a unit; (3) the psychiatric reactions produced by the intensive care unit experience which manifest themselves after discharge from such a unit; and (4) the emotional reactions of the professional staff working in such a unit.

Category 1

Within the intensive care unit can exist all those psychiatric complications which accompany serious medical-surgical illness. The major problem is the acute organic brain syndrome, or delirium, a reversible psychotic state related to organic factors which interfere with brain function.

It is clear that psychiatric symptoms in this setting, regardless of their cause, can be a serious problem. The confused, agitated patient can pull out intravenous sets, catheters, and gastrointestinal drains and thus seriously interfere with his treatment. The anxiety or agitation which accompanies these symptoms can affect the patient's cardiovascular status and in some situations pose a serious threat to life. Immediate treatment is therefore essential. Phenothiazines are the most effective symptomatic treatment. Recent clinical experience (Blachly and Starr, 1966) would indicate that, when judiciously used, phenothiazines are quite safe. In most instances the risks of prolonged agitation far outweigh the risk of an orthostatic hypotensive episode. It is our policy to initiate treatment with chlorpromazine 25 mg. intramuscularly. The very feeble patient can be started with 12.5 mg. Larger single doses are never given initially, since absorption rates are variable and the individual's response must first be determined. It is often best to establish a maintenance regimen—for example, chlorpromazine, 25 mg. intramuscularly four-hourly, while awake—with additional doses as needed, rather than rely on "p.r.n." doses only.

* Chief, Psychiatric Consultation Service, Columbia-Princeton Medical Center, New York; Assistant Professor of Clinical Psychiatry, Columbia-University College of Physicians and Surgeons.

While symptomatic treatment can be reasonably effective, it is imperative that the physician recognizes that tranquilization is merely symptomatic treatment. An effort must simultaneously be made to determine the cause of the psychotic state. The change in mental status may be the first indication that some pathological shift has occurred in the basic medical problem.

Category 2

There are psychiatric problems which appear to be related to the unique environment of the intensive care unit itself. In these rooms we provide patients with the most modern electronic equipment designed to provide optimal medical care. However, a busy medical staff can quickly lose sight of the impact of this environment on the patient. The patient's view of the intensive care unit can be quite different from our own.

Interest in this area was stimulated by the observation that a high incidence of psychosis was occurring in the open-heart recovery room (Blachly and Starr, 1964; Egerton and Kay, 1964; Kornfeld *et al.*, 1965). The psychological responses described were cause for concern, since they were occurring in severely ill patients in whom marked shifts in cardiovascular status produced by anxiety and agitation could be life-threatening.

In our study (Kornfeld *et al.*, 1965) we found that 38% of all adult open-heart surgery patients experienced some of the manifestations of a psychotic-like syndrome while in the recovery room. In most cases the psychotic symptomatology began its slow evolution after a lucid interval of about three to five days. The patient might first experience a perceptual distortion—for example, the sound arising from the air-conditioning vent might begin to sound like his name. In some patients these distortions of reality progressed to the point of auditory or visual hallucinations and then to frank paranoid delusions. Transient disorientation to time, place, and person was also reported.

Our study suggested that certain preoperative and operative factors, such as severity of illness and the length of time the patient was on the heart-lung machine, did increase the likelihood of the delirium developing. However, the delirium did occur after a clinically lucid interval of three to five days post-operatively, and usually cleared within 24 to 48 hours after transfer to the standard hospital environment. The recovery room environment was therefore seen as a significant factor. Many patients described the experience there as most disturbing and complained of the lack of proper sleep, a sense of being chained, and a general state of apprehension. This environment resembled the artificial conditions created for experiments in

Kornfeld DS. Psychiatric view of the intensive care unit. *Br Med J.* 1969 January 11; 1(5636): 108-110

Definizione

- **disturbo della coscienza** (con ridotta consapevolezza dell'ambiente circostante), con **variazione della cognizione** (ad esempio deficit di memoria, disorientamento, disturbi del linguaggio, disturbi percettivi), con **sviluppo nel corso di un breve periodo di tempo** (solitamente poche ore o giorni); questo disturbo tende a **fluttuare nel tempo** durante il corso della giornata

Classificazione

- **Ipoattivo** (letargia, apatia, a tratti stati di incoscienza)
- **Iperattivo** (estrema agitazione, aggressivo, inquieto)
- **Misto**

Riconoscimento delirio

- Diagnosi clinica
- Utilizzo schede:
 - **CAM-ICU** (Confusion Assesment Method for Intensive Care Unit)
 - **CTD** (Cognitive Test for Delirium)
 - **ICDSC** (Intensive Care Delirium Screening Checklist)
 - **DDS** (Delirium Detection Score)
 - **NEECHAM** confusion scale in intensive care delirium assessment
 -

I.De.A. (Italian DElirium Assessment)

- La necessità di studiare questo argomento nasce dall'esigenza di capire quanto gli infermieri percepiscano il disagio generato dalla degenza in ICU dei pazienti ricoverati, e dall'ottimizzazione dei tempi assistenziali che a causa dello sviluppo del delirio possono subire una serie di interruzioni e aumento dei carichi assistenziali;

Nella comunità scientifica non esiste uno strumento unico per valutare l'insorgenza del delirio

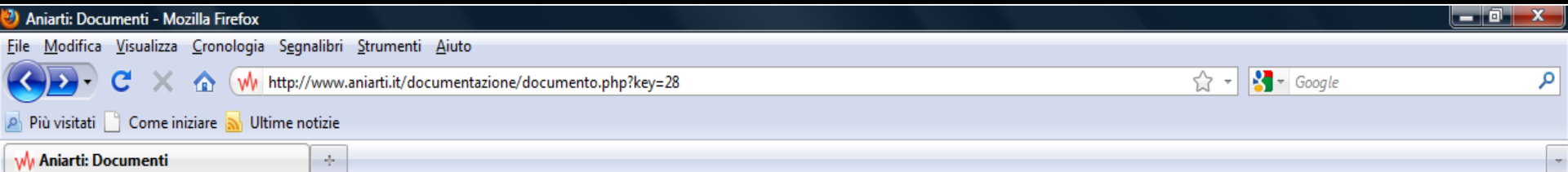
Obiettivo dello studio (1 fase)

- Studiare la percezione degli infermieri italiani, che lavorano in ICU, rispetto al delirio in Terapia Intensiva e conoscere le loro opinioni in merito.
- Valutare:
 1. se questa patologia viene considerata tramite criteri di valutazione oggettivi;
 2. se sono intraprese le corrette procedure terapeutiche-assistenziali,
 3. quali interventi vengono effettuati
 4. se vengono definiti i risultati che si vogliono ottenere

Materiali e metodi

- È stato scelto un disegno di **studio osservazionale trasversale**
- Nel periodo tra ottobre 2009 e gennaio 2010 è stato distribuito un questionario ad un campione di convenienza di infermieri operanti in Terapia Intensiva (n=455; tutte le regioni italiane coinvolte).
- Il questionario è stato somministrato utilizzando la piattaforma web limesurvey (www.limesurvey.org Boston, USA) presente nel sito dell'Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica (www.aniarti.it)

www.aniarti.it



Associazione nazionale infermieri di area critica

[Home](#)

[Chi siamo](#)

[Documenti](#)

[Attività regionali](#)

[Eventi formativi](#)

[Community](#)

Documenti

[Aniarti news](#)

[area libera](#)

[attività regionali](#)

[Documenti EfCCna](#)

[Documenti ufficiali](#)

[Aniarti](#)

[Documenti vari](#)

[link interessanti](#)

[Normativa Sanita'](#)

Atti convegni

[Congresso Nazionale Aniarti 1998](#)

[Congresso Nazionale Aniarti 1999](#)

[Congresso Nazionale Aniarti 2000](#)

[Congresso Nazionale Aniarti 2002](#)

[Congresso](#)

Delirio survey - informativa

Cara/o Collega,

Questo questionario è indirizzato agli infermieri che lavorano in Terapia Intensiva, con pazienti principalmente adulti, e finalizzato ad analizzare gli aspetti e le problematiche del *delirio in Terapia Intensiva (o Psicosi da ICU)*.

Il questionario ha l'obiettivo di analizzare questa problematica e di capire l'opinione degli infermieri.

Per partecipare occorre avere una **PASSWORD** che le verrà fornita da un infermiere referente per la ricerca, ed inserirla nell'apposita nello spazio sottostante.

Se all'interno della sua struttura non c'è nessun referente e Lei vuole partecipare alla ricerca può contattare uno dei responsabili Aniarti del progetto a questo indirizzo ricerca@aniarti.it

La ringraziamo per la collaborazione.

Login

Username:

Password:

oppure **registrati**
Password persa?

Ricerca

Frase da ricercare:

(Aiuto)

...oppure prova
la **ricerca avanzata**

Scenario

Organo ufficiale
aniarti

SCENARIO
il mensile della ricerca infermieristica

Motore di ricerca

Scheda anagrafica

		Totale	%	Media (DS)
Variabili anagrafiche	Età in anni	455		37,38 ($\pm$ 8,46) anni
	20-30		19.00%	
	31-40		45.70%	
	41-50		28.05%	
	51 >		7.24%	
Variabili professionali	Anni di servizio in generale	455		16,5 anni
	< 5 anni		16.74%	
	Da 6 a 10 anni		17.65%	
	Da 11 a 15 anni		24.66%	
	15 > anni		40.95%	
	Anni di servizio in ICU	455		11,43 ($\pm$ 9,37) anni
	< 5 anni		32.81%	
	Da 6 a 10 anni		28.51%	
	Da 11 a 15 anni		16.52%	
	15 > anni		22.17%	



L'85% degli infermieri considera il delirio un problema

12% strutture effettuata monitoraggio con scale di valutazione (ICU Nord Italia 16% - ICU Sud Italia 3%)

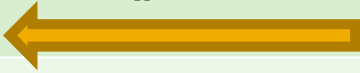
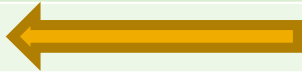
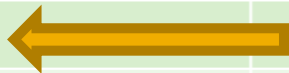
Monitoraggio primo passaggio per riconoscere delirio

stima percentuali incidenza delirio tra i pazienti ricoverati in ICU

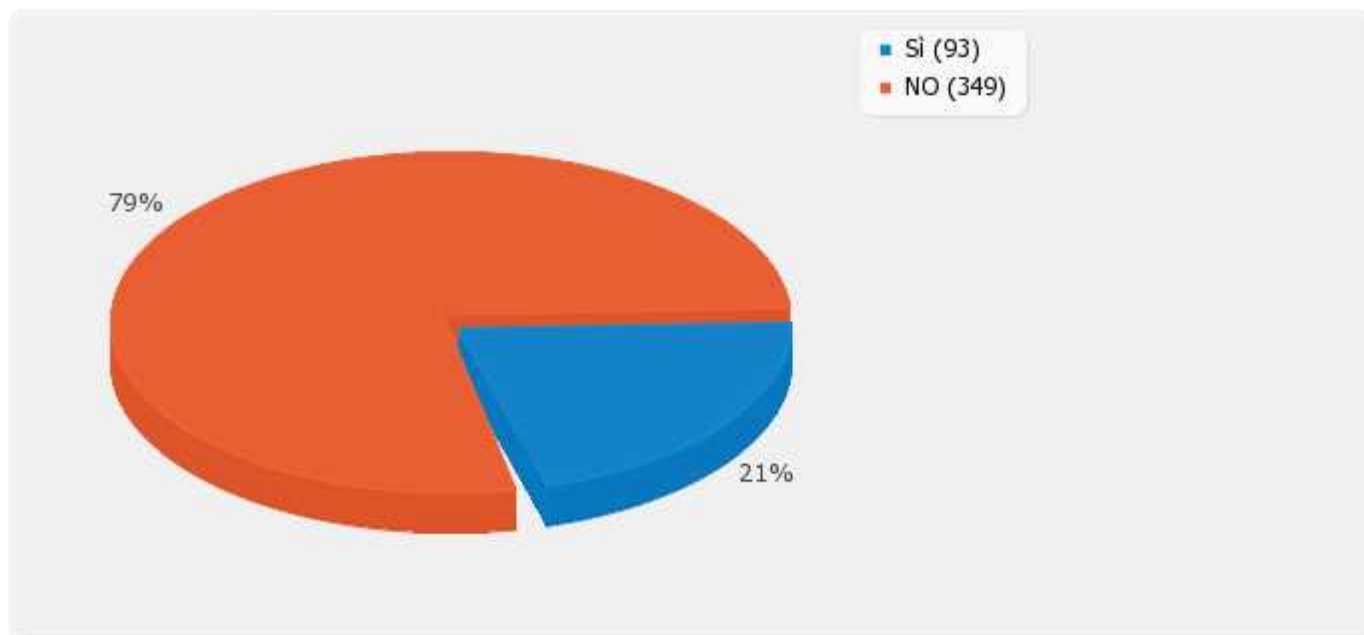
% DELIRIO	N°	% infermieri
< 10%	74	16%
10-25%	172	38%
25-50%	133	29%
50-75%	56	12%
> 75%	9	2%
non risponde	11	3%

Sottostima del problema;

Delirio IPOATTIVO non riconosciuto, anche se è la forma prevalente

FATTORI IMPORTANTI NELLO SVILUPPO DEL DELIRIO	% si	% no	non sa/ non risponde
Deprivazione del sonno 	91	1	8
Allontanamento dal proprio ambiente quotidiano	88	2	10
Uso/Abuso di alcool e/o sostanze stupefacenti	87	2	11
Paura, ansia	87	2	11
Fattori ambientali (presenza di luci, rumori, allarmi...) 	83	2	15
Disturbi cognitivi pregressi	79	7	14
Ipossiemia	76	8	16
Pregresso uso di sedativi	76	6	18
Dolore	75	7	18
Suoni e rumori esterni provocati dal personale	71	9	20
Età del paziente	55	18	27
Stato di shock	53	18	29
Post-operatorio	52	17	31
Sepsi	47	21	32
Anemia	41	28	31
Struttura Terapia Intensiva a box 	38	33	29
Struttura Terapia Intensiva "open space" 	34	34	32
Problemi cardiologici	22	44	34

Secondo il Suo parere nella Sua struttura il delirio viene trattato adeguatamente?



QUANTO E' D'ACCORDO CON QUESTE AFFERMAZIONI?	% si	% no	non sa/ non risponde
Il delirio è una “normale” complicanza dell’ospedalizzazione	20	50	30
Il delirio è un problema che richiede interventi attivi	83	4	13
Il delirio è prevedibile	43	27	30
Il delirio rende la degenza in Terapia Intensiva più lunga	69	13	18
Il delirio si risolve con la contenzione fisica e farmacologica	19	53	28
Il delirio coinvolge solo pazienti anziani	9	78	13

Trattamento delirio

Risposta	%
Nessun trattamento	4.30%
Contenzione fisica	83.26%
Sedazione farmacologica	91.86%
Presenza di familiari o persone significative per il paziente (anche al di fuori degli orari di visita)	55.88%
Favorire il confort ambientale (luci, volumi allarmi...)	42.99%
Altro	4.30%

Familiari e delirio

I familiari vogliono essere informati, non sapendo se il loro familiare potrà pienamente recuperare dal delirio e non sapendo cosa aspettarsi da questa "patologia"

Educare i membri della famiglia sul delirio, come si può manifestare, cosa si devono aspettare. E 'la famiglia che, in molti casi, fornirà assistenza e supporto continui dopo la dimissione.

Uno degli effetti a lungo termine del delirio è che i pazienti hanno più bisogno del sostegno della famiglia dopo la dimissione

Contenzione fisica farmacologica e delirio



Table 6 Inclusion of patients and families

- The important role of the family as a resource to support the patient and reduce restraint therapies should be made explicit. Inclusion of patients, families and intensive care unit staff in discussions prior to the use of physical restraints
- Recognition of a multicultural population means available translations/ translator are necessary to discuss this issue
- If units are to adopt physical restraint therapies, this must be included in all patient and relative information booklets
- Information from any 'follow-up' service should be fed back to the critical care unit to inform future practice
- Further research to include the patient and relative perspective is necessary to provide best practice guidelines.

British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units

© 2004 British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care 2004 • Vol 9 No 5

- Uso di antipsicotici durante il delirio non è correlato all'aumento della sopravvivenza

Factual memories of ICU: recall at two years post-discharge and comparison with delirium status during ICU admission – a multicentre cohort study

ROBERTS BL, RICKARD CM, RAJBHANDARI D & REYNOLDS P (2007) *Journal of Clinical Nursing* 16, 1669–1677

Conclusion. Most patients have factual memories of their ICU stay. However, delirious patients had significantly less factual recall than non-delirious patients. Adverse psychological sequelae expressed as post-traumatic stress syndrome was uncommon in our study. Every attempt must be made to ensure that the ICU environment is as hospitable as possible to decrease the stress of critical illness. Post-ICU follow-up should include filling in the ‘missing gaps’, particularly for delirious patients. Ongoing explanations and a caring environment may assist the patient in making a complete recovery both physically and mentally.

Relevance to clinical practice. This study highlights the need for continued patient information, re-assurance and optimized comfort. While health care professionals cannot remove the stressors of the ICU treatments, we must minimize the impact of the stay. It must be remembered that most patients are aware of their surroundings while they are in the ICU and it should, therefore, be part of ICU education to include issues regarding all aspects of patient care in this particularly vulnerable subset of patients to optimize their feelings of security, comfort and self-respect.

Conclusioni



Conclusioni

- **Gli infermieri percepiscono la gravità del delirio** che si può sviluppare tra i pazienti ricoverati, ma nonostante questo non riescono a modificare alcune aree assistenziali.
- **Difficoltà valutazione delirio** in pazienti IOT+ sedazione (non idoneità schede – sedativi che mascherano il reale stato psicologico)
- **Schede di valutazione di difficile applicazione** (formazione e applicazione)

Conclusioni

“aree grigie” scientifiche:

- Scheda di valutazione uniforme
- Integrare il lavoro delle varie equipe assistenziali nel migliorare le cure
- Chiarezza sulla patologia, le sue manifestazioni ed il trattamento più adeguato da intraprendere

Conclusioni

*"Doctors are here to diagnose, not heal.
We heal."*

*I medici sono qui per la diagnosi non per
curare.*

Noi curiamo

