63° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

GLI ANZIANI: LE RADICI DA PRESERVARE

ROMA 28 novembre 01 dicembre 2018 Auditorium della Tecnica, Roma

L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALL'ANZIANO CRITICO

Giuseppe Napolitano
Referente S.I.G.G.
Sez. Nursing Campania

PAZIENTE ANZIANO CRITICO: DEFINIZIONE

Per PAZIENTE ANZIANO CRITICO si intende l'individuo ultrasessantacinquenne che si trova in una situazione di **costante lotta per la sopravvivenza**, con un **equilibrio fisico e psichico precario**, soggetto a continui mutamenti, alle volte difficilmente prevedibili e controllabili e che, pertanto, necessita di **elevata intensità assistenziale**.

PAZIENTE ANZIANO FRAGILE: DEFINIZIONE

L'**ANZIANO FRAGILE** è un soggetto di età avanzata o molto avanzata, affetto da multiple patologie croniche, clinicamente instabile, frequentemente disabile, nel quale sono spesso presenti criticità di tipo socio-economico quali solitudine e povertà.

Ahmed N, Mandel R, Fain MJ. Frailty: an emerging geriatric syn- drome. Am J Med 2007;120:748-53.

AREA CRITICA E TERAPIA INTENSIVA: DIFFERENZE

AREA CRITICA : qualunque struttura, servizio o ambito operativo, in cui personale qualificato si impegni, con l'uso di adeguate attrezzature e risorse, a soddisfare tutti i bisogni del paziente critico.

TERAPIA INTENSIVA: luogo dove colloco persone con criticità vitale.

Associazione degli Infermieri dell'Area Critica e dell'Emergenza Congresso Nazionale ANIARTI, 2005

CHI E' L'INFERMIERE DI AREA CRITICA?

L'INFERMIERE IN AREA CRITICA assiste la persona dal momento in cui si verifica la situazione di rischio per la vita fino al raggiungimento di una condizione di relativa stabilità.

E' gestore del processo terapeutico, guida e orienta gli altri professionisti al raggiungimento degli obiettivi del processo.

L'INFERMIERE IN AREA CRITICA GARANTISCE:

- assistenza tempestiva, globale e continua centrata sui bisogni del paziente;
- elevata complessità assistenziale;
- il comfort del paziente e della famiglia;
- la sicurezza del paziente;
- la collaborazione del team multidisciplinare verso obiettivi unici del processo;

PRINCIPALI DIAGNOSI INFERMIERISTICHE IN AREA CRITICA:

- **Adattamento inefficace**
- **Carenza di informazioni**
- **Sindrome da immobilizzazione/L.d.p.**
- **Alterazioni sensoriali e percettive**

DESCRIPTION

Bacteraemic infections caused by *Staphylococcus aureus* have been reported with increasing frequency, and have emerged as the leading cause of infective endocarditis in many regions of the world.[1–3]

Endocarditis is an inflammation of the inner layer of the heart, the endocardium, with involvement of the heart valves (native or prosthetic valves). Other structures that may be involved include the interventricular septum, the chordae tendineae, the mural endocardium or even intracardiac devices. Acute bacterial endocarditis is usually of sudden onset associated with high fever, fast heart rate, fatigue and rapid and extensive heart valve damage.

In August 2011, an 87-year-old non-diabetic woman suffering from a left heel decubitus ulcer, measuring approximately 7 cm × 7 cm, was admitted to hospital to optimise local treatment (figure 1). The patient had been suffering from fever and a burst haemorrhagic bladder on the left heel since a few days. Her medical history included a grade III aortic valve stenosis and a grade II mitral valve stenosis. As a result of a third-degree atrioventricular block she underwent a DDDR pacemaker implantation in 2004.

Physical examination showed a necrotic ulcer on the left heel extending to the muscle and the bone. Laboratory testing revealed a leucocytosis of 23.9×10^9/l and an elevated C-reactive protein (CRP) level of 26.34 mg/dl. The patient received 4.0 g piperacillin and 0.5 g tazobactam (tazonam; 4.5 g) in a 30 min intravenous infusion three times per day for 3 days, but on the fourth day after admission to hospital the patient collapsed in the bathroom, suffered sudden cardiac arrest as a result of ventricular tachycardia, and died.

Figure 1 The necrotic heel decubitus ulcer extending to the muscle and the bone.

Figure 2 The pus-filled abscess (marked by black arrows) behind the mitral valve with yellowish calcification in the border zone.

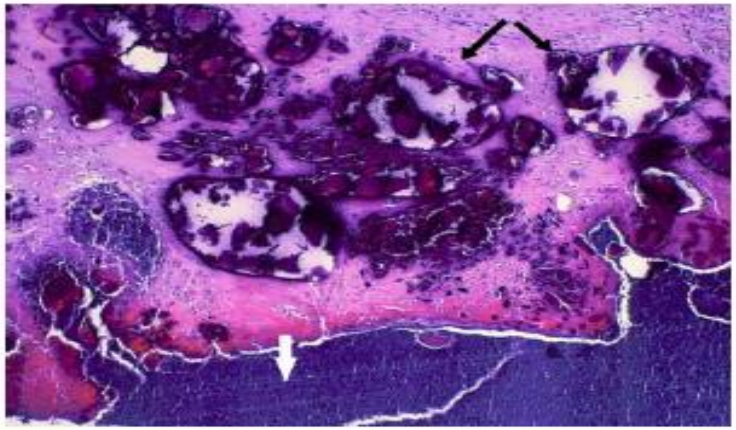


Figure 3 Histological examination of the mitral valve demonstrated severe calcification (coloured violet, black arrows) surrounded by chronic inflammation and bacterial lawn (white arrow, H&E staining, 200-fold magnification).

DELIRIUM: definizione

"Disturbo dello stato di coscienza, caratterizzato da un esordio acuto e da un'evidente variabilità delle capacità cognitive; il paziente sviluppa un'alterazione nelle capacità di ricevere, elaborare, immagazzinare e ricordare informazioni. Il Delirio si manifesta in un breve periodo di tempo, ore o giorni, è di solito reversibile."

Linee guida dell'American Psychiatric Association

Riassumendo le caratteristiche del DELIRIUM:

- ✓ rapida insorgenza
- ✓ disattenzione
- ✓ alterazioni fluttuanti dello stato mentale
- ✓ disorientamento
- ✓ peggioramento durante le ore notturne

Linee guida American Psychiatric Association

Qualche numero…

"La disfunzione cerebrale acuta (delirium) è un fenomeno frequente che si manifesta approssimativamente tra il **10%** e il **50%** di tutta la **popolazione ospedalizzata**; la variabilità dell'incidenza è condizionata dalla patologia d'ingresso e dall'età della popolazione, infatti tra la **popolazione anziana** questo valore può raggiungere il **60%**".

- ***Byron J Good 1994. Narrare la Malattia: lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente.***
- ***Sociologia della Salute. In salute, malattia e medicina: lo sguardo sociologico. Roma pp. 24-34***

Quanto è diffuso il delirium?

Gruppi di pazienti	Incidenza e prevalenza del delirium
Pazienti chirurgici	**15-53 % nel post-operatorio (> 60 aa)** -**PTA** -**Cardiochirurgia (> 65 aa)**
Pazienti medici	**18%** prevalenza del *delirium* in pazienti di età >65 anni nelle prime 72 ore dall'ammissione in ospedale **6-54%** incidenza durante il ricovero ospedaliero
DEA	**7-24%** prevalenza all'ammissione in ospedale
Terapia intensiva	**70-80**% incidenza dei pazienti con età >65 anni

- Aumento dei costi sanitari
- Outcomes negativo
- Indicatore di mortalità

Marcantonio ER, 2012

Classificazione

- **delirium iperattivo** è caratterizzato da agitazione, irrequietezza.
- **delirium ipoattivo** è caratterizzato da estraniamento, appiattimento emotivo, apatia, letargia, diminuzione della responsività.
- **delirium misto** si realizza quando il paziente oscilla tra delirium iperattivo e misto.

Brauer C, Morrison RS, Silberzweig SB, Siu AL. The cause of Delirium in patients with hip fracture. Arch Intern Med 2000; 160: 1856-1860.

Delirium in T.I.

- In Terapia Intensiva il **delirium misto** e quello **ipoattivo** sono i più comuni, e sono spesso sottodiagnosticati se non viene applicato un monitoraggio quotidiano.

- Pochi pazienti di Terapia Intensiva (< **5%**) presentano **delirium iperattivo puro**.

Brauer C, Morrison RS, Silberzweig SB, Siu AL. The cause of Delirium in patients with hip fracture. Arch Intern Med 2000; 160: 1856-1860.

FATTORI PREDISPONENTI

ETA'

I processi d'invecchiamento, i danni, le malattie celebrali e l'indebolimento del visus e dell'udito, predispongono l'anziano al delirio;

PATOLOGIE CEREBRALI

Le malattie cerebrovascolari aumentano la vulnerabilità dei pazienti all'ipossia;

FATTORI PREDISPONENTI

TERAPIE FARMACOLOGICHE E INTERAZIONE FRA I FARMACI

Gli anziani fanno un gran uso di medicinali e fra tutte le fasce di età sono i più suscettibili a reazioni farmaceutiche avverse;

ASTINENZA DA ALCOOL E DA FARMACI SEDATIVO IPNOTICI;

FATTORI PREDISPONENTI

MALATTIE ENDOCRINE E METABOLICHE

L'uso di diuretici nel paziente anziano può spesso causare iponatriemia, ipomagnesiemia e alcalosi metabolica.

Le endocrinopatie come il diabete iperglicemico, iper o l'ipotiroidismo, l'insufficienza epatica, renale o polmonare, predispongono al delirio.

CRITERI USATI PER LA DIAGNOSI

Secondo i dettami del **DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)**, sono necessari per la diagnosi di delirio tutti e **quattro i criteri** seguenti:

- **Disturbo dello stato di coscienza;**
- **Alterazioni della sfera cognitiva;**
- Il disturbo si manifesta in un **periodo di tempo breve;**
- Il disturbo è diretta **conseguenza di una patologia medica in corso.**

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

RACCOMANDAZIONI PRATICHE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON DELIRIUM

L'infermiere deve considerare come potenzialmente a rischio di delirium ogni paziente, per rilevare la presenza di **fattori di rischio** si consigliano **4 domande**:

- 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)?

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

RACCOMANDAZIONI PRATICHE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON DELIRIUM

Gli infermieri devono utilizzare metodi oggettivi di screening avvalendosi di scale di rilevazione per identificare i fattori di rischio del delirium, sia all'accoglimento che nel periodo di degenza, come:

- ✓**CONFUSION ASSESMENT METHOD**
- ✓**MINI MENTAL STATE EXAMINATION**

Mini-Mental State Examination, [Folstein et al., 1985]
The Confusion Assessment Method [Inouye, 1990]

DISTURBI COMPORTAMENTALI PIÙ FREQUENTI: IPERATTIVITÀ PSICOMOTORIA

Cosa fare:

- Dargli qualcosa con cui giocherellare o trovargli qualcosa di utile da fare;
- Usare toni di voce calmi e rassicuranti, non rimproverarlo;
- Attirare l'attenzione del malato su cose che lo interessano;

DISTURBI COMPORTAMENTALI PIÙ FREQUENTI: ALLUCINAZIONI VISIVE

Cosa fare:

Non smentire il malato;
Non deriderlo ma cercare di riportarlo alla realtà assumendo un ruolo protettivo e rassicurante.

DISTURBI COMPORTAMENTALI PIÙ FREQUENTI: INSONNIA

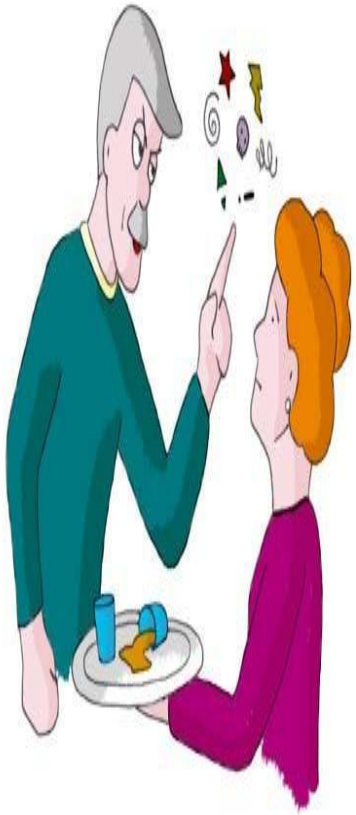
Cosa fare:

Garantire un ambiente silenzioso

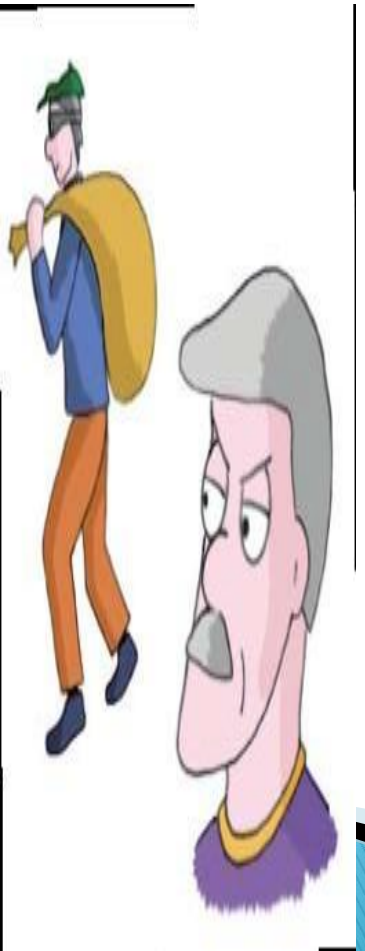
DISTURBI COMPORTAMENTALI PIÙ FREQUENTI:
INCAPACITÀ DI RICONOSCERE LUOGHI E PERSONE
CON CONSEGUENTI SCATTI D'IRA E AZIONI VIOLENTE

Cosa fare:

- Attirare l'attenzione del malato su uno stimolo per lui piacevole;
- Cambiare la persona che propone una certa attività.



DISTURBI COMPORTAMENTALI PIÙ FREQUENTI:
DELIRIO NELL'ESSERE CONVINTI CHE QUALCUNO HA RUBATO I SUOI EFFETTI PERSONALI



Cosa fare:

- Non deriderlo;
- Cercare di distrarlo
- Cercare di non prendere le accuse come un offesa personale.

L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Risultati positivi sono associati, infatti, ad una precoce identificazione/trattamento delle cause "reversibili". Ossia:

- Monitorizzazione del bilancio idro-elettrolitico, dei valori ematici, dei parametri vitali;
- Assicurare un adeguato stato nutrizionale/idratazione e di sostegno dell'apparato sensoriale anche mediante presidi;
- Evitare l'utilizzo di farmaci come primo passo per la sedazione di uno stato di delirio;
- Assistenza e gestione del dolore (trattamenti eccessivi o in difetto sono deleteri);
- Rimozione di presidi superflui (catetere vescicale, CVP…).

GESTIONE DELL'AMBIENTE

- L’infermiere deve identificare, ridurre e ove possibile eliminare fattori ambientali avversi;
- Creare un ambiente quanto più familiare;
- Riorientare i pazienti con supporti tipo orologi, calendari, etc;
- Ridurre le fonti di rumore (la percezione sensoriale si acuisce negli stati di delirium);
- Ripristino e mantenimento del ritmo sonno/veglia.
- 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.

LA COMUNICAZIONE CON IL PAZIENTE DELIRANTE

«Se si riesce a mantenere una certa capacità di conversare col paziente, questi riesce a utilizzare al meglio le sue facoltà residue, la relazione si può mantenere viva e il decadimento complessivo risulta meno rapido»

G. Lai

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

Giuseppe Napolitano
Referente S.I.G.G.
Sez. Nursing Campania