63° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

GLI ANZIANI:
LE RADICI DA PRESERVARE

ROMA 28 novembre 01 dicembre 2018 Auditorium della Tecnica, Roma

Identificazione e prevenzione del delirium negli anziani in ospedale: il ruolo del team.

Ermellina Zanetti (Brescia)

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

Outline

1. **Identificare le persone a rischio di delirium.**
2. **Identificare le persone con delirium.**
3. **Prevenzione del delirium negli anziani in ospedale.**

IDENTIFICARE LE PERSONE A RISCHIO
IDENTIFICARE LE PERSONE CON DELIRIUM

Improving the care
for older people

Delirium toolkit

NHS
Education
for
Scotland

SCOTTISH
DELIRIUM
ASSOCIATION

IDENTIFICARE LE PERSONE A RISCHIO
IDENTIFICARE LE PERSONE CON DELIRIUM

Definizione e identificazione del delirium

Le risposte alla definizione proposta di delirium suggeriscono che un'ampia percentuale di partecipanti aveva una scarsa conoscenza delle caratteristiche principali di questa sindrome.

Infatti, mentre l'84,5% dei medici ha definito correttamente il delirium , solo il 49,8% degli infermieri, il 52,9% dei fisioterapisti e il 76,7% degli psicologi hanno fornito la risposta corretta. Per una grande percentuale di infermieri (38,2%) e fisioterapisti (39,2%), il delirium era un disturbo cognitivo caratterizzato da un disorientamento spaziale e / o temporale con memoria relativamente risparmiata.

Bellelli G., Morandi A., Zanetti E. et al. Recognition and management of delirium among doctors, nurses, physiotherapists, and psychologists: an Italian survey. Int Psychogeriatr. 2014 Dec;26(12):2093-102

IDENTIFICARE LE PERSONE A RISCHIO

Chi è a rischio di delirium?

Qualsiasi paziente può sviluppare delirium, ma alcuni fattori possono aumentare il rischio:

- **L'età avanzata.**
- La politerapia negli anziani.
- **Il deficit cognitivo e la demenza.**
- La disidratazione.
- Un'infezione.
- **La gravità della condizione clinica.**
- Un intervento chirurgico, in particolare **la chirurgia dell'anca.**
- Fine vita.
- Deficit visivi o uditivi.
- La stipsi o la ritenzione urinaria negli anziani.

IDENTIFICARE LE PERSONE A RISCHIO

Il delirium è frequente in ospedale:

nei reparti medici, chirurgici e nelle terapie intensive un paziente su cinque è affetto da delirium.

Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet. 2014;383: 911-922

Bellelli G, Morandi A, Di Santo SG, et al. "Delirium Day": a nationwide point prevalence study of delirium in older hospitalized patients using an easy standardized diagnostic tool. BMC medicine. 2016;14:106.

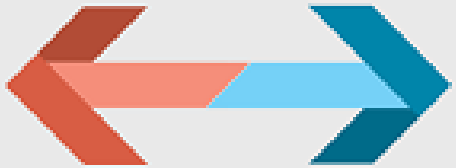
IDENTIFICARE LE PERSONE CON DELIRIUM

Recognising delirium: signs and symptoms

Hyperactive delirium

Makes a person restless, agitated, aggressive.

- Increased confusion
- Hallucinations/delusions
- Sleep disturbance
- Less co-operative



Mixed delirium occurs when the person moves between the two types.

Hypoactive delirium

Makes a person withdrawn, quiet, sleepy.

- Poor concentration
- Less aware
- Reduced mobility/movement
- Reduced appetite

The severity of symptoms can vary during the course of a day.

If any of these changes occur, an assessment from a healthcare professional (usually the GP) should be requested.

La forma ipercinetica è la più facile da riconoscere, ma è anche la meno frequente. La forma ipocinetica è la più comune, soprattutto tra gli anziani, ma è la più difficile da riconoscere ed è correlata a una prognosi peggiore.

NICE National Institute for Health and Care Excellence

IDENTIFICARE LE PERSONE CON DELIRIUM

La formazione sul campo(FSC) per gli infermieri e gli operatori di supporto influenzano positivamente l'identificazione del delirium, mentre corsi di formazione genericamente improntati a incrementare le conoscenze sul tema non sembrano essere egualmente efficaci.

Yanamadala M, Wieland D, Heflin MT. **Educational interventions to improve recognition of delirium: a systematic review**. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2013;**61**: 1983-1993.

IDENTIFICARE LE PERSONE CON DELIRIUM

In letteratura è dimostrato che **l'utilizzo di strumenti di screening del delirium** il riconoscimento è pressoché totale, mentre al contrario, è insufficiente se tali strumenti non sono utilizzati.

Confusion Assessment Method (CAM), e la sua variante per la Terapia intensiva CAM-ICU sono gli strumenti più diffusi.

Il CAM tuttavia richiede un training specifico, in assenza del quale la sua affidabilità nella diagnosi di delirium è gravemente insoddisfacente.

Inouye SK, Foreman MD, Mion LC et al. **Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings**. *Arch Intern Med*. 2001;**161**: 2467-2473

Lemiengre J, Nelis T, Joosten E, et al. **Detection of delirium by bedside nurses using the confusion assessment method**. J Am Geriatr Soc. 2006 Apr;54(4):685-9.

IDENTIFICARE LE PERSONE CON DELIRIUM

Il “4AT” è uno strumento di screening del delirium che si presta, per le sue caratteristiche specifiche, ad essere utilizzato in vari contesti di cura, incluse le unità di geriatria e medicina interna, le chirurgie, le strutture di pronto soccorso/dipartimenti di emergenza e le riabilitazioni.

Questo strumento è molto rapido (richiede non più di due minuti per l’esecuzione), non necessita di un training specifico e, in virtù del fatto che prevede “punteggi fissi”, è oggettivo. Inoltre permette la valutazione di pazienti che non possono portare a termine test cognitivi più analitici perché eccessivamente soporosi o, al contrario, agitati. Proponiamo pertanto che il 4AT sia incluso tra gli strumenti di valutazione in ammissione dei pazienti anziani ospedalizzati, incorporandolo, se possibile, nella routine infermieristica, unitamente ad altri strumenti così come avviene negli ospedali olandesi.

Bellelli G, Morandi A, Trabucchi M et al. **Italian intersociety consensus on prevention, diagnosis, and treatment of delirium in hospitalized older persons**. Intern Emerg Med. 2018 Jan;13(1):113-121.

Cerchiare la risposta

[1] ALLERTA

Questo test include pazienti che possono essere considerati soporosi (per esempio pazienti per il quale sia difficile svegliarsi e/o che sono evidentemente soporosi durante questo test) oppure agitati/iperattivi. Osservare il paziente. Se dorme, provare a svegliarlo parlandogli o con un leggero tocco sulla spalla. Chiedere ai pazienti di dichiarare il proprio nome ed indirizzo per collaborare alla valutazione.

Normale (completamente attento,ma non agitato durante tutta la valutazione)	**0**
Moderata sonnolenza per meno di 10 secondi dopo il risveglio, poi normale	**0**
Livello di attenzione evidentemente anomalo	**4**

[2] AMT4

Età ,data di nas

4 o più: possibile delirium +/- deterioramento cognitivo (necessarie informazioni più dettagliate);
1-3: possibile deterioramento cognitivo (altri test necessari);
0: improbabile delirium o deterioramento cognitivo (ma delirium può essere presente se il punto 4 è incompleto)

[3] ATTENZIONE

Chiedere al paziente: "per favore, mi dica i mesi dell'anno in ordine contrario, partendo da dicembre""
Per aiutare l'iniziale comprensione della domanda, è consentito un suggerimento come : "qual è il mese prima di dicembre?"

Mesi dell'anno al contrario	nomina senza errori 7 mesi o più	**0**
	inizia, ma nomina meno di 7 mesi / si rifiuta di iniziare	**1**
	test non effettuabile (poiché il paziente è indisposto, assonnato o disattento)	**2**

[4] ACUTO CAMBIAMENTO O DECORSO FLUTTUANTE

Dimostrazione di evidente cambiamento o andamento fluttuante in: attenzione, comprensione o altre funzioni mentali (ad esempio. paranoia, allucinazioni)che si sono presentate nelle ultime 2 settimane e che sono ancora presenti nelle ultime 24 ore

No	**0**
Si	**4**

PREVENZIONE DEL DELIRIUM NEGLI ANZIANI IN OSPEDALE

THIINK!

Risk Factors for Delirium

T	**T**oxic situations: CHF, Shock, Meds (opiates)
H	**H**ypoxemia (think Haldol)
I	**I**nfection/sepsis
I	**I**mmobilization or pain
N	**N**on-pharmacological interventions
K	**K**$^{+}$ and other lytes, metabolic problems

HONORHEALTH.

PREVENZIONE DEL DELIRIUM NEGLI ANZIANI IN OSPEDALE

Gli interventi per prevenire il delirium sono forniti da un team multidisciplinare e sono adattati alle esigenze individuali della persona.

Gli interventi si basano sui risultati della valutazione dei fattori clinici che possono contribuire allo sviluppo del delirium, compresi deterioramento cognitivo, disorientamento, disidratazione, costipazione, ipossia, infezione o altre malattie acute, immobilità o mobilità limitata, dolore, effetti dei farmaci, cattiva alimentazione, disturbi sensoriali e disturbi del sonno.

NICE National Institute for Health and Care Excellence

Delirium in adults
Quality standard [QS63] Published date: July 2014

PREVENZIONE DEL DELIRIUM NEGLI ANZIANI IN OSPEDALE

Il personale di assistenza ha un ruolo importante nella ricerca di eventuali cambiamenti e nel fornire supporto per ridurre il rischio di delirium.

NICE National Institute for Health and Care Excellence

Delirium in adults
Quality standard [QS63] Published date: July 2014

PREVENZIONE DEL DELIRIUM NEGLI ANZIANI IN OSPEDALE

- **EVITARE** di spostare le persone tra reparti o stanze, a meno che non sia assolutamente necessario.
- **FORNIRE** un'illuminazione adeguata e una chiara segnaletica; un orologio, un calendario.
- **INTRODURRE** attività cognitive stimolanti.
- **INCORAGGIARE e FACILITARE** visite regolari da parte di familiari e amici.

NICE National Institute for Health and Care Excellence

Delirium in adults
Quality standard [QS63] Published date: July 2014

Delirium Risk Reduction

SLEEP IN HOSPITAL
Promote good environment for restful sleep

SIGHT & HEARING
Helping people with sensory impairment by using glasses and hearing aids in hospital

HYDRATION
Ensure people at risk have adequate plan for hydration in hospital

PROLONGED HOSPITAL STAY
Work together to plan for discharge avoiding prolonged stay

One in five people in acute hospitals can have delirium

MEDICINES
Avoid high risk medication in people at risk

PROMOTING MOBILITY & FUNCTION
Design plan of care to promote mobility and function

CONSTIPATION
Optimize bowel health/function in those at risk

RENAL FUNCTION
Preserve renal function ensuring medicine reconciliation is carried out and hydration status is monitored in those at risk

Delirium Risk Reduction

SLEEP IN HOSPITAL
Promote good environment for restful sleep

- **Evitare procedure assistenziali durante le ore di sonno**, se possibile.
- Pianificare «i giri» di terapia per evitare i disturbi del sonno.
- Ridurre al minimo il rumore durante i periodi di sonno.

Delirium Risk Reduction

HYDRATION
Ensure people at risk have adequate plan for hydration in hospital

- Incoraggia la persona a bere. Infusioni sottocutanee o endovenose solo se necessario.
- Chiedi consiglio, se necessario, per la gestione del bilancio idrico nelle persone con comorbilità (ad esempio, insufficienza cardiaca o malattia renale cronica).

Delirium Risk Reduction

- Tratta le cause reversibili (es. tappi di cerume).
- Assicurati che gli ausili uditivi e visivi siano disponibili, in buone condizioni e utilizzati dalla persona che ne ha necessità.

Delirium Risk Reduction

Pianifica (in assenza di complicanze o controindicazioni):

- La mobilizzazione subito dopo un intervento chirurgico.
- La deambulazione (fornire ausili per la deambulazione se necessari: se si questi dovrebbero essere sempre accessibili).

Incoraggia tutte le persone, comprese quelle che non sono in grado di camminare, a svolgere esercizio fisico.

NON UTILIZZARE LA CONTENZIONE FISICA

Delirium Risk Reduction

Delirium Risk Reduction

SCOTTISH DELIRIUM ASSOCIATION

1. Valutare la presenza di **ipossia** e ottimizzare la saturazione di ossigeno, se necessario, come clinicamente appropriato.
2. Ricerca e tratta una eventuale **infezione**. **Evita l'uso di cateteri venosi o vescicali se non necessari.**
3. Valuta presenza e intensità del **dolore** e tratta.
6. Effettua la revisione della **terapia farmacologica** per le persone che assumono più farmaci e prima di una nuova prescrizione.

NICE National Institute for Health and Care Excellence

Hospital Elder Life Program

HELP

HOSPITAL ELDER LIFE PROGRAM (HELP)

HELP è un **programma multi-componente di prevenzione del Delirium** che include interventi di riorientamento temporo-spaziale, limitato utilizzo di farmaci psicoattivi, precoce mobilizzazione, igiene del sonno, mantenimento di adeguata idratazione e nutrizione e fornitura di protesi visive e uditive, se utilizzate dalla persona.

Il programma dovrebbe essere implementato da un **team interdisciplinare esperto**, in stretta collaborazione con un'équipe infermieristica formata sul tema del delirium e, possibilmente, con il supporto di volontari.

L'efficacia del programma HELP è stata dimostrata da oltre una decina di studi con follow-up, portati a termine in oltre 200 ospedali in tutto il mondo.

Inouye SK, Baker DI, Fugal P, Bradley EH, Project HD. **Dissemination of the hospital elder life program: implementation, adaptation, and successes**. Journal of the American Geriatrics Society. 2006;54: 1492-1499.

PREVENZIONE DEL DELIRIUM NEGLI ANZIANI IN OSPEDALE

Inoltre in letteratura è dimostrato che **un corretto approccio ai pazienti affetti da delirium permette di ottenere risultati clinici anche per outcome apparentemente indipendenti** dal delirium, quali cadute e lesioni da pressione: in una recente metanalisi è stato dimostrato che il numero di cadute di cadute si riduce significativamente se vengono messi in atto interventi multifattoriali non farmacologici rivolti a prevenire il delirium (4,34 cadute per 1000 giorni paziente tra i soggetti nel gruppo di intervento rispetto a 12,87 cadute per 1000 giorni paziente nel gruppo di controllo).

Hshieh TT, Yue J, Oh E, et al. **Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis**. Jama Intern Med. 2015;175: 512-520.

Cochrane Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

Vi sono evidenze di qualità moderata provenienti da sette studi randomizzati controllati che **gli interventi multicomponente riducono l'incidenza di delirium, con una riduzione complessiva del rischio di delirium di circa il 30%** rispetto all'assistenza abituale. Inoltre, sembrano avere dimensioni di effetto simili nei pazienti delle medicine e delle chirurgie

Nonostante il più alto rischio di delirium nei pazienti con demenza, solo uno studio ha riportato dati sull'incidenza del delirium in questo sottogruppo (per 50 partecipanti); e in questo studio, la prevalenza della demenza era squilibrata tra gruppi di intervento e di controllo (Marcantonio 2001). **L'efficacia di questi interventi nei pazienti con demenza rimane incerta.**

Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J, Simpkins SA. **Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients**. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Mar 11;3:CD005563.

Royal College of Nursing

Leading the fight against dementia
Alzheimer's Society

This is me

This leaflet will help you support me in an unfamiliar place

Please place a photograph of yourself in the space provided.

My name

Guidance notes to help you to complete This is me

This is me is intended to provide professionals with information about the person with dementia as an individual. This will enhance the care and support given while the person is in an unfamiliar environment. It is not a medical document.

This is me is about the person at the time the document is completed and will need to be updated as necessary. This form can be completed by the person with dementia or their carer with help from the person with dementia where possible.

My name: full name and the name I prefer to be known by.

Where I currently live: The area (not the address) where I live. Include details about how long I have lived there, and where I lived before.

Carer/the person who knows me best: It may be a spouse, relative, friend or carer.

I would like you to know: Include anything I feel is important and will help staff to get to know and care for me, eg I have dementia, I have never been in hospital before, I prefer female carers, I don't like the dark, I am left handed, I am allergic to… etc.

My home and family, things that are important to me: Include marital status, children, grandchildren, friends, pets, any possessions, things of comfort. Any religious or cultural considerations.

My life so far: Place of birth, education, work history, travel, etc.

My hobbies and interests: Past or present – eg reading, music, television or radio, crafts, cars.

Things which may worry or upset me: Anything that may upset me or cause anxiety such as personal worries, eg money, family concerns, or being apart from a loved one, or physical needs, eg being in pain, constipated, thirsty or hungry.

I like to relax by: Things which may help if I become unhappy or distressed. What usually reassures me, eg comforting words, music or TV? Do I like company and someone sitting and talking with me or prefer quiet time alone? Who could be contacted to help and if so when?

My hearing and eyesight: Can I hear well or do I need a hearing aid? How is it best to approach me? Is the use of touch appropriate? Do I need eye contact to establish communication? Do I wear glasses or need any other vision aids?

My communication: How do I usually communicate, eg verbally, using gestures, pointing or a mixture of both? Can I read and write and does writing things down help? How do I indicate pain, discomfort, thirst or hunger? Include anything that may help staff identify my needs.

My mobility: Am I fully mobile or do I need help? Do I need a walking aid? Is my mobility affected by surfaces? Can I use stairs? Can I stand unaided from sitting position? Do I need handrails? Do I need a special chair or cushion, or do my feet need raising to make me comfortable?

My sleep: Usual sleep patterns and bedtime routines. Do I like a light left on and do I find it difficult to find the toilet at night? Position in bed, any special mattress, pillow, do I need a regular change of position?

My personal care: Normal routines, preferences and usual level of assistance required in the bath or, shower or other. Do I prefer a male or female carer? What are my preferences for continence aids used, soaps, cosmetics, shaving, teeth cleaning and dentures?

My eating and drinking: Do I need assistance to eat or drink? Can I use cutlery or do I prefer finger foods? Do I need adapted aids such as cutlery or crockery to eat and drink? Does food need to be cut into pieces? Do I wear dentures to eat or do I have swallowing difficulties? What texture of food is required to help, soft or liquidised? Do I require thickened fluids? List likes, dislikes and any special dietary requirements including vegetarianism, religious or cultural needs. Include information about my appetite and whether I need help to choose food off a menu.

My medication: Do I need help to take medication? Do I prefer to take liquid medication?

Dedicated to the memory of Ken Ridley, a much valued member of the Northumberland Acute Care and Dementia Group.

The Royal College of Nursing is pleased to support **This is me**.

To order extra copies call Xcalibre on 01753 535751. For general dementia queries call our Helpline on 0845 300 0336.

alzheimers.org.uk

This is me

Royal College of Nursing

Leading the fight against dementia
Alzheimer's Society

Il mio nome e il nome con cui preferisco essere chiamato	
Dove vivo	
Le persone che mi conoscono meglio	
Mi piacerebbe che tu sapessi	
Le cose che per me sono importanti	
I miei hobbies e interessi	
Ciò che mi preoccupa o mi infastidisce	
Ciò che mi rilassa	

Vista e udito	
Comunicazione	
Mobilità	
Riposo e sonno	
I miei hobbies e interessi	
Cura personale	
Cibi e bevande	
Farmaci	