Screening del delirium nei pazienti geriatrici e ortopedici ricoverati in unità per acuti. Possibilità di una valutazione effettiva nel "real word" clinico utilizzando la Neecham ConfusionScale

Dott.ssa Fedele V., Dott.ssa Brogi L., Dott.ssa Visceglia M., Dott.ssa Canavese M.C., Dott.ssa Rasero L., Dott. Fumagalli S.

SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

Roma, 30 novembre - 3 dicembre 2022
UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE

DELIRIUM E NEECHAM CONFUSION SCALE

- Prevalenza di delirium nei soggetti ospedalizzati va dall'11 al 42% e si accompagna ad un prolungamento del ricovero, ad elevata mortalità e ad un alto rischio di istituzionalizzazione.
- 10-48% sviluppa Delirium durante il ricovero nei reparti di medicina
- 5-52% sviluppa Delirium nei reparti chirurgici→ 30% frattura del femore
- DOS e NEECHAM : sensibilità (0,89-1,00) e specificità (0,86-0,88)

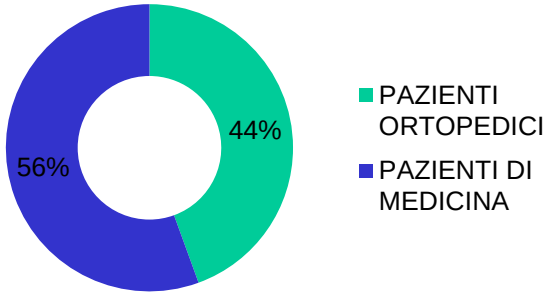
-Inouye SK, Viscoli CM, Horowitz RI, Hurst LD, Tinetti ME. A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics. Ann Intern Med 1993;119:474-481.
-Ranhoff, Aging 2006

• NEECHAM Confusion Scale: coerenza interna (0,85 – 0,90), affidabilità inter-rater (0,91 – 0,96) e affidabilità test-retest (0,98). La validità è stata valutata calcolando la correlazione con il Mini Mental State Examination (MMSE) (0,50 – 0,87), le segnalazioni di confusione degli infermieri (0,43 – 0,46) e le auto-segnalazioni di confusione dei pazienti (0,40 – 0,44).

-The Neecham Confusion Scale and the Delirium Observation Screening Scale: Capacity to discriminate and ease of use in clinical practice,Liesbeth A Gemert van, Marieke J Schuurmans, BMC Nurs, 2007

Periodo di osservazione 01/06/22-31/07/22
"Degenza traumatologica e area medica del trauma"

Popolazione



Pazienti arruolati totali: 45
-20 area medica->4 persi durante lo studio
-25 ortopedici
→ 41 pazienti

•Neecham confusion scale: punteggio da 0 a 30

→ rischio di delirium per punteggio < 19

→20-24: rischio medio

→25-26: rischio basso

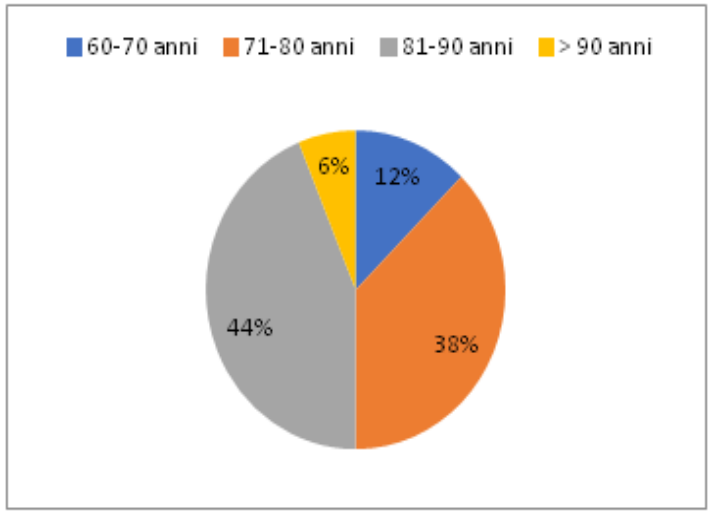
→27-30: rischio assente

•attenzione e orientamento

• comportamento e appropriatezza verbale

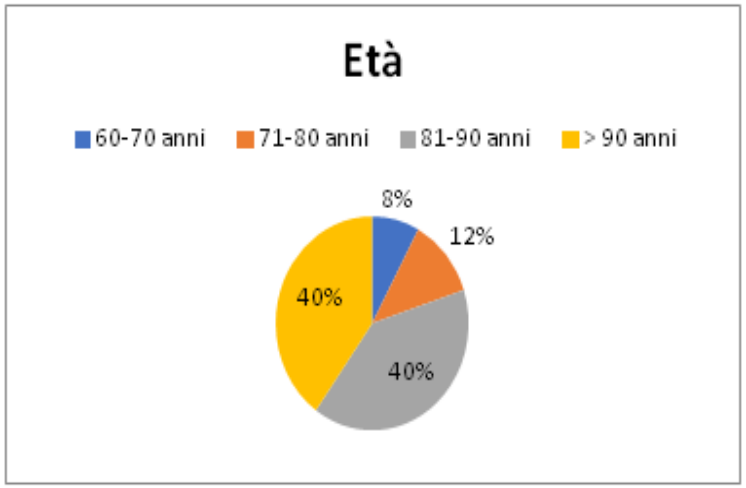
• parametri vitali e continenza urinaria

PAZIENTI AREA MEDICA



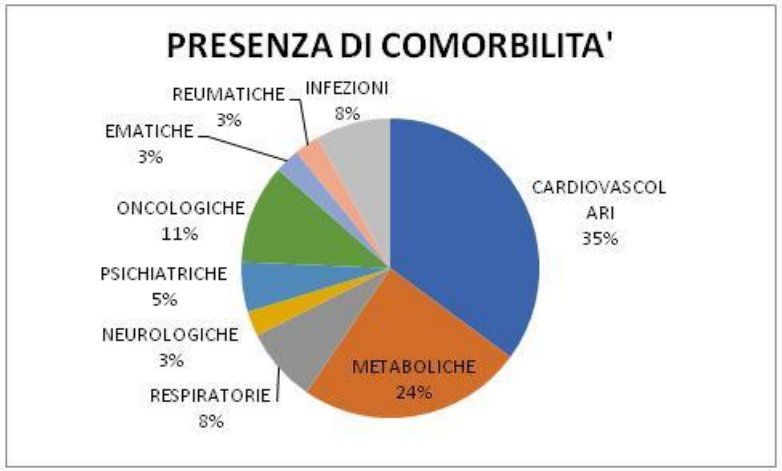
- 56% Sesso maschile
- Barthel 56% dipendenza severa o totale
- Braden 63% <16
- Dipendenza completa nella IADL 31%

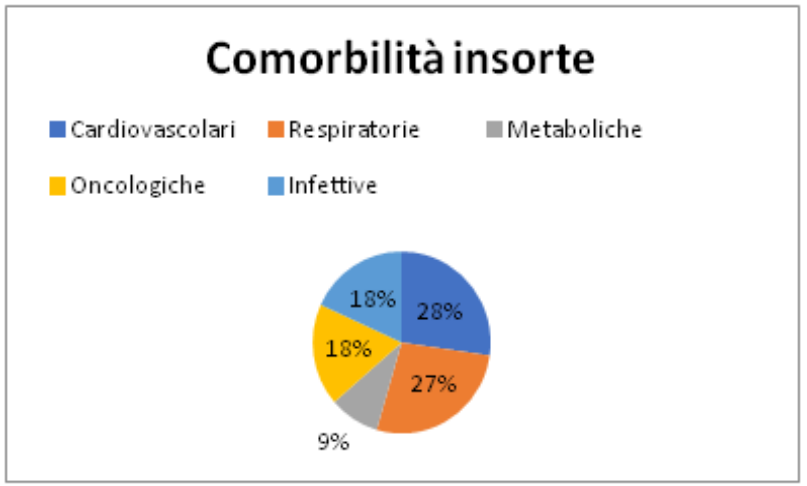
PAZIENTI ORTOPEDICI



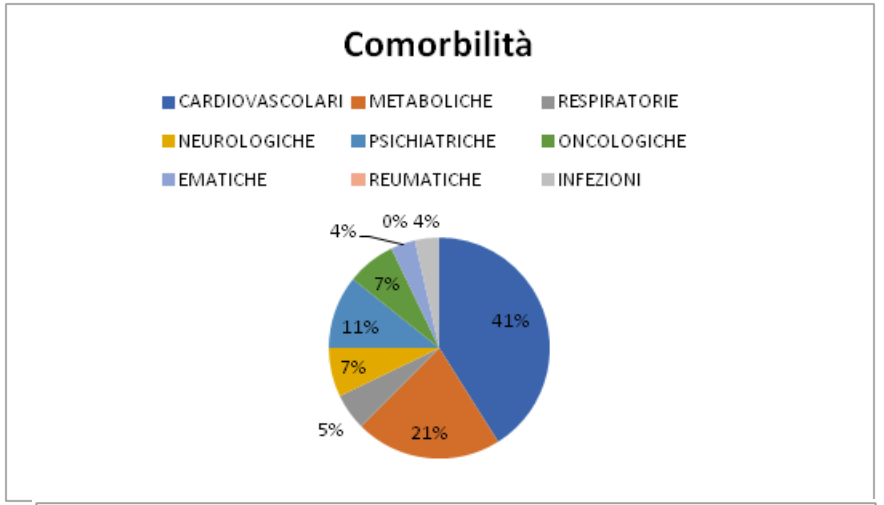
- 72% Sesso femminile
- Barthel 76% dipendenza severa o totale
- Braden 64% < 16
- Dipendenza completa delle IADL 2,4%

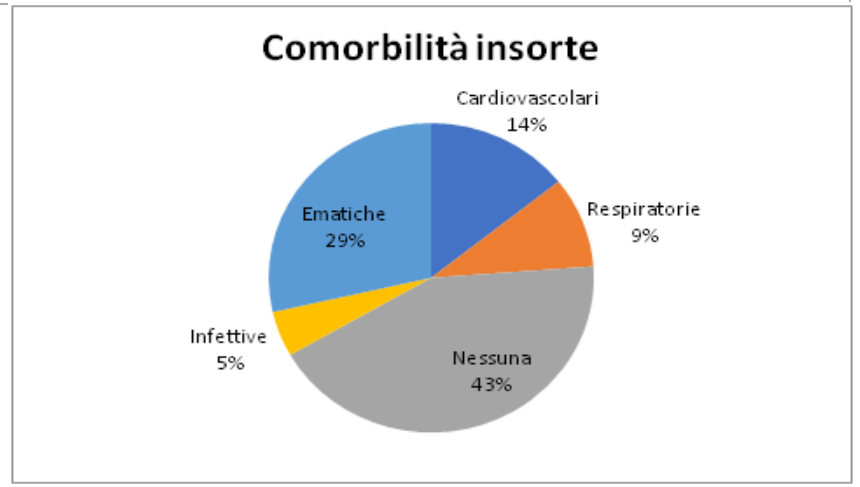
PAZIENTI AREA MEDICA





PAZIENTI ORTOPEDICI





Valutazione con neecham confusion scale: **PAZIENTE AREA MEDICA**
- T0: INGRESSO
- T1: A 7 GIORNI DAL RICOVERO
- T2: ALLA DIMISSIONE

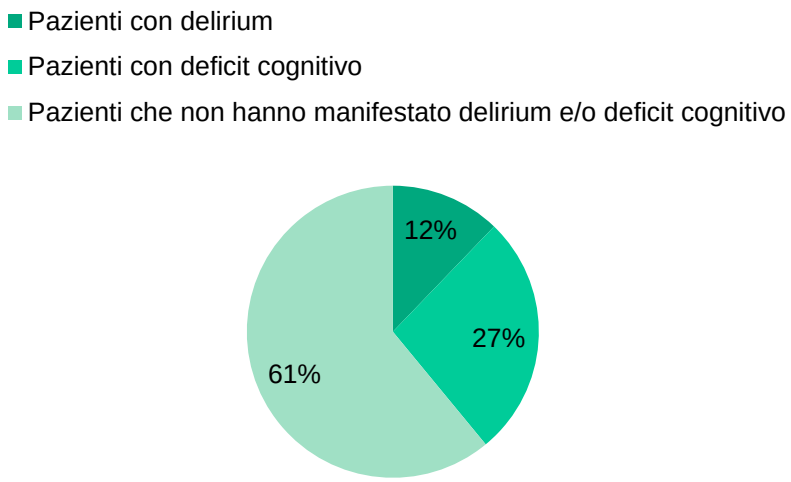
- 25% dei pazienti ha riportato un punteggio < 19 (alto rischio delirium) all'ingresso, mantenuto invariato fino alla dimissione→ incidenza di delirium nel 100% dei casi nei primi 7 giorni di ricovero e nel 75% entro la data di dimissione.
- 31% ha avuto una diminuizione della NEECHAM durante la degenza→ NEECHAM rischio medio o basso
- 44% dei pazienti con punteggio crescente o invariato durante la degenza→ NEECHAM rischio basso o assente

Valutazione con neecham confusion scale: **PAZIENTI ortopedici**

- T0: INGRESSO
- ***T1: 1° giornata post operatoria***
- T2: A 7 GIORNI DAL RICOVERO
- T3: ALLA DIMISSIONE

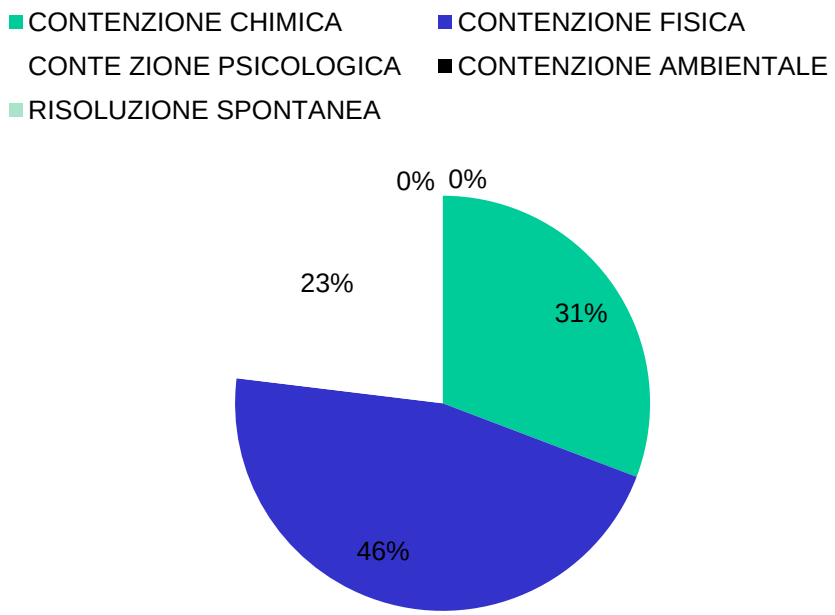
- 8% dei pazienti ha riportato all'ingresso un punteggio NEECHAM <19→ 100% dei quali hanno avuto episodi di delirium sia in 1 GPO, sia a 7 giorni dal ricovero, mentre il 50% prima della dimissione;
- 60% NEECHAM ridotta in 1GPO→ 12% <19 (alto rischio), 20% rischio medio: disorientamento cognitivo non riconducibile a delirium
- 48% NEECHAM crescente a 7 giorni dal ricovero (rischio basso o assente)
- 88% NECHAM crescente alla dimissione (rischio assente)

Incidenza delirium



METODI DI GESTIONE

Metodi di gestione del delirium



- 21% terapia antipsicotica al bisogno→ 55% ha sviluppato delirium

CONCLUSIONE

→Metodo di “screening” rapido per la valutazione del rischio di delirium nella pratica clinica quotidiana;

→Prevenire le complicanze cliniche legate al delirium

→Valutare i fattori di rischio

→Metodi di contenzione non farmacologica

→Limitare l’uso di contenzione fisica

→Ridurre il tempo di degenza

Bibliografia

- *Gemert van L., Schuurmans M. The Neecham Confusion Scale and the Delirium Observation Screening Scale: Capacity to discriminate and ease of use in clinical practice. BMC Nursing 2007.*

- *Grover S., Kate N. Assessment scales for delirium: a review.World J Psychiatr 2012;Aug 22.*

- *Inouye S.K., Westendorp R.G., Saczynski J.S. Delirium in elderly people. Lancet 2014.*

- *Jewel Shim J., Leung J. An update on delirium in the postoperative setting: Prevention, diagnosis and management. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology 2012. Lundstrom M., Olofsson B., Stenvall M., et al, Postoperative delirium in old patients with femoral neck fracture: a randomized ntervention study. Aging Clin Exp Res 2007;Jan.*

- *Marcantonio E.R. Delirium in hospitalized older adults. N Engl JMed 2017.*

- *Neelon V.J., Champagne M.T., Carlson J.R., et al. The NEECHAM Confusion Scale: construction, validation, and clinical testing. Nursing Research 1996.*