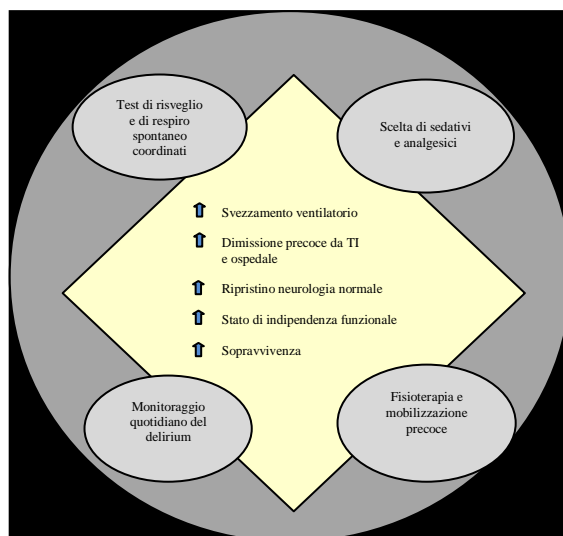


10 Perle per imparare il Monitoraggio del Delirium *Una componente dell'approccio ABCDE in Terapia Intensiva*¹⁻²



Perché? Il 60-80 % dei pazienti ventilati e il 20-60% dei pazienti critici low-risk ricoverati in Terapia Intensiva sviluppa delirium³⁻⁵

La prospettiva del paziente: *“Il tempo trascorso assomiglia a un immenso spazio grigio, vuoto, una sorta di parcheggio sotterraneo mostruoso senza automobili, ci sono solo io, che sembro fluttuare su qualcosa. Talvolta mi sono trovato sul ciglio di qualcosa di orribile e ho pensato: ‘Se appena mi lascio andare allora questo orrore finirà’. SB*

- 1. La valutazione è rapida:** il 90% delle valutazioni del delirium tramite RASS/CAM-ICU richiedono meno di un minuto. Il restante 10% necessita di pochi minuti. La velocità e la semplicità d'uso consente di realizzare tale assessment su larga scala più volte al giorno (spesso viene somministrato ogni 8 ore).
- 2. RASS & CAM-ICU:** l'uso della RASS senza CAM-ICU (scala sulla sedazione senza uno strumento sul delirium), che permette di indagare solo una parte della neurologia (la coscienza, e non il pensiero), è inaccettabile clinicamente e disincentiva la professionalità degli operatori.
- 3. Valutazione Personalizzata:** non bisogna somministrare ogni parte del CAM-ICU se è possibile ottenere le informazioni che occorrono tramite un test ancor più breve e rapido.
- 4. Cominciare con i Punti 1 e 3:** il punto 1 permette di creare un riferimento per lo stato mentale e il punto 3 stabilisce il livello di coscienza attuale. Da quando molti medici rianimatori ripetono questa valutazione ogni 2-4 ore, questi dati sono facilmente disponibili. Un rapido suggerimento: ***‘Il/la paziente è al suo livello di base o è fluttuante + RASS attuale + test sulla disattenzione’.***
- 5. Disattenzione (Punto 2):** Questo è il punto cardine e deve essere presente per poter effettuare la diagnosi di delirium. E' facile e veloce. Il 95% delle valutazioni sono fatte usando solamente 'la stretta di mano' per lettere o numeri corretti. Abbiamo bisogno del Test con Immagini per valutare la disattenzione in meno del 5% dei pazienti, in cui far luce su questo aspetto potrebbe essere particolarmente interessante.
- 6. Stretta di Mano:** in assenza di altra diagnosi neurologica specifica, un paziente che stringe la mano a tutte le lettere, non la stringe mai, o salta più di 2 lettere/numeri/immagini è disattento e il punto 2 risulta positivo. Con una RASS diversa da "0", il/la paziente è affetto da delirium per molte cause possibili e differenti tra loro (per esempio: sepsi, sedazione, CHF).
- 7. NV:** La sigla 'Non Valutabile' è da usare solo quando i pazienti sono in coma (RASS -4 o -5).
- 8. Punto 4 è da fare raramente:** bisogna valutare il Pensiero Disorganizzato (Punto 1 nel nuovo manuale di istruzioni) solo quando è positivo il Punto 2 (disattento) e Sveglia e Tranquillo (RASS = 0) al momento della valutazione con CAM-ICU.
- 9. Delirio Subsindromico:** I pazienti possono mostrare positività per la diagnosi ad alcune parti del CAM-ICU *senza* una diagnosi completa di delirium (per esempio: solo Punto 2 o solo Punti 1 e 4). Questo è uno stato intermedio (subsindromico) di malessere tra la presenza e l'assenza di delirium. Bisogna effettuare ulteriori e frequenti valutazioni tramite CAM-ICU per determinare il decorso clinico o l'esacerbazione di una disfunzione cerebrale acuta del/della paziente.
- 10. Chiave del successo:** Medici e infermieri devono essere sulla stessa lunghezza d'onda. Tutti devono conoscere la definizione di delirium, le sue implicazioni prognostiche, le cause modificabili e le opzioni di trattamento. L'entusiasmo viene meno quando il medico non prende in considerazione la valutazione degli infermieri che riportano la positività del paziente al CAM-ICU. Diventa vincente cercare di superare simili ostacoli all'implementazione di tale assessment tramite il coinvolgimento e l'educazione di tutti i membri dello staff del reparto di Terapia Intensiva e avvalersi del contributo di esperti.

PUNTI CHIAVE: il delirium è una disfunzione d'organo. Renditi conto che il delirium è come un 'antifurto' o il 'canarino nella miniera di carbone' (segnali precoci di pericolo). Esistono molteplici e potenziali cause che spiegano questa disfunzione d'organo, e quindi sono possibili molti trattamenti diversi per curare adeguatamente quel dato paziente. **NON** è possibile mettere automaticamente in relazione la diagnosi di delirium con uno specifico trattamento farmacologico. Così come il CIWA (uno strumento per il delirium tremens da astinenza alcolica) non dovrebbe automaticamente determinare una prescrizione spontanea di benzodiazepine, così uno strumento per la valutazione del delirium non dovrebbe sfociare direttamente in un trattamento antipsicotico. Questi strumenti validati e affidabili migliorano la pratica clinica, permettendo il monitoraggio più sistematico e diffuso della presenza o assenza di una disfunzione cerebrale acuta. Il CAM-ICU è complementare all'esame neurologico. Esso rappresenta una modalità efficace e percorribile per l'equipe del reparto di Terapia Intensiva senza specifiche competenze neurologiche o psichiatriche per effettuare ciò che per molti pazienti costituisce la parte più rilevante della valutazione neurologica. Un CAM-ICU o ICDSC positivo deve stimolare una serie di riflessioni rispetto alla diagnosi differenziale del motivo per cui l'encefalo presenta disfunzioni acute e rispetto alle possibilità di recupero. Per un paziente delirante dovremmo pensare per prima cosa a:

Tossicità acuta: scompenso cardiaco, shock, ipovolemia, farmaci delirigenici, nuove insufficienze d'organo (fegato, rene...)

Hypoxemia (ipossiemia: somministrazione di aloperidolo (**H**aloperidol) o altri antipsicotici atipici

Infezione/sepsi, **I**nfiammazione, **I**mmobilizzazione, rischio di Infezione nosocomiale

Non farmacologici: fisioterapia, apparecchi acustici, occhiali, riorientamento, igiene del sonno, musica, controllo del rumore

K⁺ o altri problemi metabolici (diselettrolitemie, alterazioni pH, ipo/iperglicemia...)

SOLO dopo queste considerazioni è opportuno valutare l'introduzione di nuovi trattamenti farmacologici a cui il paziente non è abituato, come gli antipsicotici (sono in corso studi clinici volti a valutarne la sicurezza e l'efficacia).

LINEE GUIDA PER LA COMUNICAZIONE TRA OPERATORI

Valutazione - Indaga questi dati fondamentali:

A quale livello vorremmo il paziente? (RASS desiderato)

A quale livello si trova il paziente adesso? (RASS/CAM-ICU attuali)

Come si può ottenere l'obiettivo? Correzione disturbi organici e metabolici, somministrazione / sospensione farmaci...

Passaggio di consegne - Comunica questi dati fondamentali (ci vorranno solo 10 secondi!):

RASS desiderato

RASS attuale

CAM-ICU

Farmaci assunti

Saltare uno di questi passaggi potrebbe far perdere qualcosa di importante!

¹ Morandi A et al. Curr Opin Crit Care, 2011;17:43-49

² Vasilevskis E et al. Chest 2010;138:1224-33

³ Ely EW et al. JAMA 2001;286:2703-2710

⁴ Ely EW et al. CCM 2001;29:1370-79

⁵ Thomason JW CC 2005;9:375-81