

È evidente che...

rubrica curata da Cavallaro Loredana e Gerletti Jeannette
Tutor ... Infermieristica corso di laurea in Infermieristica Università Insubria - sezione di Como

Gli interventi non farmacologici attraverso i quali l'infermiere previene l'insorgenza del delirium nella persona anziana ospedalizzata

31

A cura di Elisa Starna*

...etimologicamente il delirium, detto anche stato confusionale acuto, ha assunto significati diversi nel corso degli anni. Fu introdotto per la prima volta da Celso nel I secolo a.C. (Chadwick, Mann, 1950), ma solo nel 1980 tale patologia venne riconosciuta come entità nosologica vera e propria nella III edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) dell'American Psychiatric Association (Mayse, Horwitz, 2005). Nel 1989 lo psichiatra irlandese Lipowski propose una ultima definizione descrivendolo come

"una sindrome cerebrale organica transitoria caratterizzata da compromissione acuta dello stato di coscienza, con alterazione della sfera affettiva, psicomotoria e del ciclo sonno veglia" (Lipowski, 1989). Schreier (2010) identifica tra le cause principali di questa manifestazione il ri-

ricovero ospedaliero stesso, con un'elevata prevalenza nei reparti di medicina (dal 9% al 50%), di geriatria (dal 15% al 75%) e di chirurgia ortopedica (dal 13% al 65%) (Kiely *et al.*, 2003). Si osserva che la sostanziale marginalità attribuita al delirium dagli operatori sanitari rispetto ad altre condizioni cliniche, sembra essere correlata alla

tipologia di popolazione colpita: gli anziani sono infatti tra le persone più vulnerabili (Fried et, 2001; Nardi, 2011). Inoltre il delirium è spesso misconosciuto o ritenuto una manifestazione "normale" nelle persone anziane. L'insorgenza e il mancato riconoscimento determinano un impatto sfavorevole a breve, medio e lungo termine con un aumento dei giorni di ricovero, un incremento della mortalità, un maggior rischio di ri-ospedalizzazione o istituzionalizzazione post-ricovero e un maggior decadimento funzionale e cognitivo (Marcantonio *et al.*, 2003; Bellelli, Trabucchi 2006; Kiely *et al.*, 2006; Lima *et al.*, 2010). Fondamentale è quindi il riconoscimento del delirium come manifestazione grave quanto altre condizioni morbose (Gustafson *et al.*, 1991; Francis, 1992). Gli ambiti riguardanti il delirio sono molteplici e di diversa natura: il tratta-



mento farmacologico, il management, gli strumenti di diagnosi e la prevenzione sulla quale si è deciso di restringere il campo di interesse. La ricerca effettuata ha avuto lo scopo di reperire in letteratu-

ra i principali studi riguardanti gli interventi non farmacologici che possono essere attivati dagli infermieri per prevenire l'insorgenza del delirium in una persona anziana ospedalizzata.



MATERIALI E STRUMENTI

Lo studio più importante e considerato un punto di riferimento negli anni a venire in merito alla prevenzione del delirium, è quello condotto nel 1999 da Inouye *et al.* Pertanto il limite temporale applicato durante la "search" dopo il reperimento di questo studio è stato dall'anno 1999, limitando la ricerca agli articoli scritti in lingua inglese.

L'arco temporale entro cui si è compiuta la ricerca bibliografica, si estende da Dicembre 2011 a Giugno 2012. Sono state consultate banche dati di carattere scientifico tra quelle di maggior interesse come *Medline*, disponibile attraverso la piattaforma ufficiale della *National Library of Medicine USA PubMed*; *CINAHL*, ovvero *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, banca dati di maggior pertinenza per le scienze infermieristiche e la *Cochrane Library* tra le più importanti per le revisioni sistematiche, consultate tutte tramite il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL), presso la biblioteca dell'Ospedale Sant'Anna di Como. Le banche dati sono state interrogate utilizzando vocaboli controllati (key word) tra i descrittori dei *thesaurus* (come ad esempio per *Medical Subject Headings* (MeSH) in PubMed), in parola libera e tramite parole troncate (Sironi, 2010). Tutti i termini utilizzati nella ricerca sono stati combinati fra loro attraverso l'uso degli operatori booleani *AND*, *OR* e *NOT* come di seguito riportato. La ricerca per parola chiave è stata compiuta con la seguente stringa: ("Brain Syndrom"[Mesh] OR "Geriatric Psycho Syndrome"[Mesh] OR "Confusion"[Mesh] OR "Delirium"[Mesh]) AND ("Prevention"[Mesh]) AND ("Non-pharmacological Intervention"[Mesh]) AND ("Elderly Patient"[Mesh] OR "Aged"[Mesh] OR "Old"[Mesh] OR "Senior"[Mesh]) AND ("Nurse"[Mesh]). Mentre la ricerca per parola libera è stata eseguita utilizzando questi vocaboli: (Delirium OR Acute OR Confusion OR Brain syndrom OR Craze OR Frenzy OR Geriatric Psycho Syndrome) AND (Prevent*) AND (Non-pharmacological Intervention) AND (Elder* OR Age* OR Old* OR Senior) AND (Nurs*). L'unico filtro applicato in seguito per restringere la ricerca è riferito a tutto l'ambito del trattamento farmacologico o riferito all'abuso di sostanze tossiche: NOT (Toxic Confus*) NOT (Psychos*)

NOT (Alcohol) NOT (Substance) NOT (Haloperidol) NOT (Risperidone) NOT (Diazepam) NOT (Flunitrazepam).

Le tre modalità sono state poi unite in un'unica stringa di ricerca. Ciò ha prodotto il reperimento di circa trenta studi dalle banche dati consultate.

DISCUSSIONE

Il primo studio presentato ha assunto caratteristiche innovativo in quanto focalizzato sulla prevenzione del delirium piuttosto che sul trattamento degli eventi confusionali acuti, argomento maggiormente sviluppato negli anni precedenti.

Inouye *et al.* (1999) hanno implementato la "usual care" (assistenza quotidiana) con un programma multidimensionale denominato *Hospital Elder Life Program* (HELP), in cui è previsto il coinvolgimento di personale qualificato composto da un infermiere geriatra specializzato, un medico geriatra, infermieri laureati, uno specialista in terapia occupazionale, un fisioterapista e dei volontari addestrati. Lo scopo è di verificare se HELP possa determinare una riduzione dell'incidenza del delirium nel gruppo sottoposto all'intervento. HELP è composto da sei protocolli focalizzati su sei fattori di rischio per il delirium: il declino cognitivo, l'alterazione del ciclo sonno-veglia, l'immobilità, i deficit uditivi e visivi e la disidratazione. Alcune delle attività preventive consistono in: scrivere quotidianamente in una tabella espositiva i nomi e le qualifiche di tutti i membri dell'equipe in turno nell'unità operativa, svolgere attività cognitivamente stimolanti per almeno tre ore al giorno, favorire il rilassamento fornendo una bevanda calda alla sera prima di coricarsi, far vedere un filmato o far ascoltare della musica rilassante e massaggiare la schiena. Inoltre, minimizzare i rumori ambientali utilizzando telefoni o cercepersone con vibrazione, incoraggiare la deambulazione ed esercizi di mobilizzazione almeno tre volte al giorno e incentivare l'utilizzo di occhiali o lenti d'ingrandimento. Altre attività preventive possono essere l'utilizzo di amplificatori per l'udito, una pulizia periodica del condotto uditivo e l'attivazione di tecniche di comunicazione speciale. Lo studio, mediante un disegno di ricerca di tipo non sperimentale



correlazionale prospettico, è stato condotto presso una delle tre unità operative di medicina generale dello Yale-New Haven Hospital, ospedale universitario nel Connecticut (Stati Uniti), dal 25 marzo 1995 fino al 18 marzo 1998. I ricercatori hanno identificato, attraverso un campionamento di convenienza, 852 soggetti a rischio medio/alto di delirium, d'età maggiore/uguale a 70 anni suddivisi, previo consenso, in due gruppi rispettivamente di 426 soggetti. Un gruppo è stato sottoposto al programma HELP, l'altro ha ricevuto l'assistenza erogata abitualmente e i risultati sono stati raccolti da ricercatori esterni.

Dall'analisi dei dati è emerso che l'incidenza del delirium è stata del 9,9% (62 episodi) nei soggetti del gruppo d'intervento rispetto al 15% (90 episodi) nei soggetti del gruppo di controllo ($p=0,03$).

Flaherty e Little (2011) hanno condotto in due diversi ospedali uno studio osservazionale retrospettivo, rispettivamente al Saint Louis University Hospital (SLU) e al DesPeres Hospital (Stati Uniti). In entrambi gli ospedali è stato realizzato uno spazio dedicato chiamato *Delirium Room* (DR) (Stanza del delirio), ideato inizialmente per persone anziane che svilupparono stati confusionali. Successivamente la DR è stata estesa ad accogliere persone a rischio di delirium con le quali sviluppare attività di prevenzione. Essendo la popolazione anziana in costante aumento sia nelle unità dedicate sia in altre specialità, gli Autori hanno deciso di realizzare la DR in una nuova unità chiamata *Acute Care for Elder* (ACE) con 22 posti letto. L'unità ACE è stata predisposta ad accogliere persone con un'età minima di 65 anni, affette da patologie mediche acute. La DR è parte integrante dell'unità ACE con una capienza massima di quattro posti letto. La valutazione sull'ammissibilità alla DR è stata gestita esclusivamente da infermieri, coordinati da un infermiere assunto appositamente con formazione avanzata sul delirium (*Certified Nursing Assistant*) (CNA) e istruiti quindi con nozioni avanzate. L'approccio assunto dagli infermieri per le attività di prevenzione nella DR è stato definito *"T-A-DA Method"* (*"Tolerate, Anticipate and Don't Agitate"*) ovvero *tolerare, anticipare e non agitare*. In pratica è stata promossa la libertà delle

persone nel rispondere naturalmente ai loro bisogni e ciò ha permesso di pianificare interventi il più possibile personalizzati. I casi di delirium sono stati $4,1 \pm 3,6$ nella DR versus $6,1 \pm 5,9$ nell'unità ACE ($p<.001$). È stata registrata inoltre una riduzione della durata del ricovero nella DR ($4,4 \pm 2,1$ giorni) rispetto all'unità ACE ($5,9 \pm 3,6$ giorni) ($p=0,046$) e nel numero di decessi (1,9% versus 4,5%) ($p=0,058$). Gli Autori sostengono che la possibilità di rispondere naturalmente alla propria condizione sotto stretta osservazione dà alla persona una sensazione di controllo sia su se stessa che sull'ambiente che la circonda, così da evitare l'insorgenza di stati confusionali. Per far ciò è fondamentale però che l'infermiere sappia valutare il giusto equilibrio tra tollerare un'azione direttamente nociva per la salute e garantire i trattamenti necessari al fine di tutelare il benessere degli assistiti.

Infine cito due dei principali studi condotti in ambito chirurgico. Il primo è stato condotto negli USA da Marcantonio *et al.* (2001) attraverso uno studio sperimentale randomizzato controllato, arruolando 126 soggetti ultra sessantacinquenni ricoverati in reparti ortopedici per frattura di femore. Durante la degenza è stata fornita quotidianamente una consulenza geriatrica strutturata peri-operatoria al fine di garantire una pianificazione mirata degli interventi. Ai soggetti del gruppo di controllo è stata garantita l'assistenza erogata abitualmente dall'*équipe* dell'unità di ortopedia (infermieri e ortopedici), mentre i soggetti del gruppo d'intervento sono stati visitati giornalmente anche da un geriatra e da un infermiere specializzato. Lo studio ha dimostrato una riduzione indicativa dell'incidenza del delirium: 32% (20 soggetti) nel gruppo d'intervento versus 50% (32 soggetti) nel gruppo di controllo ($p=0,04$). La consulenza geriatrica e la sistematica revisione degli interventi riducono quindi in maniera significativa l'incidenza di delirium in soggetti operati per frattura di femore.

McCaffrey (2009) in uno studio quasi sperimentale ha valutato gli effetti prodotti dalla musica nella prevenzione dell'insorgenza del delirium in persone anziane sottoposte a interventi elettivi ortopedici all'anca o al ginocchio. Lo studio è stato condotto su un



campione di convenienza pari a 22 partecipanti d'età maggiore/uguale a 65 anni. Un gruppo ha ricevuto l'assistenza generalmente erogata nell'immediato postoperatorio, l'altro gruppo è stato sottoposto anche all'ascolto di musica almeno quattro volte al giorno per un'ora. I dati sono stati raccolti dai ricercatori *in itinere* durante lo svolgimento dello studio per tutti i partecipanti e nei tre giorni consecutivi l'intervento. È emerso non solo che il gruppo a cui è stata fatta ascoltare la musica nell'immediato post-operatorio ha mostrato un'incidenza più bassa di delirium (6 casi *versus* 1 caso) ($p=0,001$), ma è anche emersa una maggior aderenza alle azioni di mobilitazione precoce ($p=0,002$) e regressione del dolore ($p=0,035$) rispetto al gruppo a cui non è stata fatta ascoltare la musica. Questo ha quindi comportato anche una riduzione delle complicanze legate all'intervento nel gruppo candidato al trattamento.

CONCLUSIONI

Secondo Brughettini *et al.* (2004) la prevenzione del delirium deve essere considerata una priorità assistenziale, poiché esso determina ripercussioni negative sullo stato sia cognitivo sia funzionale delle persone colpite. La sua eventuale comparsa deve essere considerata un campanello d'allarme che induce a riesaminare analiticamente i comportamenti di tutta l'*équipe* di lavoro.

Dall'analisi degli studi fin ora disponibili è possibile sostenere che adeguati interventi sull'ambiente, un coinvolgimento multidisciplinare e familiare/*caregivers*, l'educazione specifica dello staff e la promozione di programmi di formazione avanzata siano in grado di migliorare gli *outcomes* clinici e l'efficienza dei percorsi di cura.

Negli studi di Inouye *et al.* (1999), Marcantonio *et al.* (2001), gli interventi preventivi sono contemplati all'interno di protocolli e programmi multidisciplinari dov'è previsto il coinvolgimento di diverse figure professionali. L'infermiere contribuisce alla pianificazione e alla realizzazione di questi interventi all'interno di un *team* di lavoro che tende al raggiungimento di un unico obiettivo: la prevenzione del delirium. In questi studi è sottesa l'importanza della collaborazione tra i membri dell'*équipe*


di lavoro, della condivisione del piano terapeutico-assistenziale e degli obiettivi formulati all'interno di un più ampio progetto assistenziale. Flaherty e Little (2011) oltre alla condivisione d'interventi mirati, riportano la necessità di realizzare cambiamenti strutturali per cercare di personalizzare *ad hoc* l'assistenza erogata a ciascuna persona, scopo peraltro perseguito dal Modello delle Prestazioni Infermieristiche, centrato sulla personalizzazione dell'assistenza (Cantarelli, 2003).

In questo studio è inoltre emerso uno spirito fortemente propositivo del gruppo infermieristico, non solo nel coordinare la *Delirium Room*, ma anche nel trasformare questo spazio un luogo di partenza per promuovere attività mirate alla prevenzione del delirium.

Inoltre, in accordo con quanto citato da Ouldred e Bryant (2011), penso che la creazione di spazi dedicati ad attività preventive debba essere una prerogativa futura di tutte le realtà volte al trattamento dell'acuzie. Infine emergono tematiche ben delineate dall'*International Council of Nurses* (INC) sulla definizione dei ruoli e le relative competenze degli infermieri a livello internazionale (ICN, 2008). Inouye *et al.* (1999) e Marcantonio *et al.* (2001) descrivono la presenza di un infermiere specializzato, mentre nello studio di Flaherty e Little (2011) appare la figura dell'*Advanced Practice Nurse* (APN), ovvero un infermiere di assistenza infermieristica avanzata, sottolineando la loro importanza nel coordinare e supportare l'intero gruppo infermieristico, fornendo conoscenze avanzate. Emerge quindi il concetto dell'*"Expanded Role"* (Schober, Afara, 2008; Sironi, 2008), ovvero l'espansione del ruolo dell'infermiere in cui viene promossa la crescita delle conoscenze, delle abilità e delle competenze. È possibile che senza il loro contributo i risultati ottenuti sarebbero stati statisticamente meno significativi. Una possibile motivazione per cui in Italia siano stati condotti pochi studi in quest'ambito può essere legata ad una carenza di infermieri con una formazione di questi tipo. Pertanto questi elementi dovrebbero essere considerati degli *input* per favorire lo sviluppo professionale nel nostro Paese (Sironi, 2008). Questi risultati permettono quindi di sostenere che l'attuazione d'interventi non farmacologici determina



una minor incidenza di stati confusionali acuti nelle persona anziane ospedalizzate. Sebbene le ricerche sul delirium abbiano compiuto enormi progressi nell'ultimo decennio, resta però ancora molte aree grigie da chiarire

(Ely, Trabucchi, 2012). Per il futuro, sarebbe auspicabile proporre degli studi che permettano di sviluppare prove d'efficacia in modo da garantire sostegno e visibilità ai risultati ottenuti in quest'importante tematica 

BIBLIOGRAFIA

- Bellelli G., Trabucchi M. (2006) Outcomes of older people admitted to postacute facilities with delirium. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(2): 380-381.
- Brughettini L., Chiarabelli M., Frattarolo R. Centro Studi EBN Policlinico Sant'Orsola Malpighi-Bologna (2004) L'assistenza infermieristica al paziente adulto ospedalizzato con stato confusionale acuto/delirium [online]. Disponibile da: <http://www.evidencebasednursing.it/homepage1/htm> [consultato il 4 giugno 2012].
- Cantarelli M. (2003) Il modello delle prestazioni infermieristiche. (seconda edizione). Milano: Elsevier Masson.
- Chadwick J., Mann M.N. (1950) *The Medical Works of Hippocrates*. Oxford: Blackwell.
- Ely E.W., Trabucchi M. (2012) Il delirium: un'area della medicina importante e poco studiata. In: Morandi A., Ely E. W., Trabucchi M. *Il Delirium*. Milano: Vita e Pensiero, 3-11.
- Flaherty J.H., Little M.O. (2011) Matching the Environment to Patients with Delirium: Lessons Learned from the Delirium Room, a Restraint-Free Environment for Older Hospitalized Adults with Delirium. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(2): 295-300.
- Francis J. (1992) Delirium in older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(8): 829-838.
- Fried L.P., Tangen C.M., Walston J., Newman A.B., Hirsch C., Gottdiener J., Seeman T., Tracy R., Kop W.J., Burke G., McBurnie M.A. (2001) Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology. Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3): M146-M156.
- Gustafson Y., Brannstrom B., Norberg A., Bucht G., Winblad B. (1991) Underdiagnosis and poor documentation of acute confusional states in elderly hip fracture patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(8): 760-765.
- Inouye S.K., Bogardus S.T., Charpentier P.A., Leo-Summers L., Acampora D., Holford T.R., Cooney L.M. (1999) A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patient. *The New England Journal of Medicine*, 340(9): 669-676.
- International Council of Nurses-ICN (2008) *Nursing Care Continuum Framework and Competencies* [online]. Disponibile da: <http://www.epda.eu.com/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allid=7465> [consultato il 5 giugno 2012].
- Kiely D.K., Bergmann M.A., Murphy K.M., Jones R.N., Orav E.J., Marcantonio E.R. (2003) Delirium among newly admitted postacute facility patients: prevalence, symptoms, and severity. *The Journals of Gerontology. Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(5): M441-M445.
- Kiely D.K., Jones R.N., Bergmann M.A., Murphy K.M., Marcantonio E.R. (2006) Association between delirium resolution and functional recovery among newly admitted postacute facility patients. *The Journals of Gerontology. Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(2): 204-208.
- Lima D.P., Ochiai M.E., Lima A.B., Curiati J.A.E., Farfel J.M., Filho W.J. (2010) Delirium in hospitalized elderly patients and post-discharge mortality. *Clinics*, 65(3): 251-255.
- Lipowski Z.J. (1989) Delirium in the elderly patient. *The New England Journal of Medicine*, 320(9): 578-582.
- Marcantonio E.R., Flacker J.M., Wright R.J., Resnick N.M. (2001) Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5): 516-522.
- Marcantonio E.R., Simon S.E., Bergmann M.A., Jones R.N., Murphy K.M., Morris J.N. (2003) Delirium symptoms in post-acute care: prevalent, persistent, and associated with poor functional recovery. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(1): 4-9.
- Mayse R., Horwitz A.V. (2005) *American Psychiatric Association-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition. Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3): 249-267.
- McCaffrey R. (2009) The effect of music on acute confusion in older adults after hip or knee surgery. *Applied Nursing Research*, 22(1): 17-112.
- Nardi R. (2011) *L'anziano fragile*. In: Mongardi M. *L'assistenza all'anziano ospedali, territorio, domicilio*. Milano: Mc Graw Hill, 358-363.
- Ouldred E., Bryant C. (2011) Delirium: prevention, clinical features and management. *Nursing Standard*, 25(28): 47-58.
- Schober M., Affara F. (2008) *Assistenza infermieristica avanzata*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Schreier A.M. (2010) *Nursing Care, Deirium, and Pain Management for the Hospitalized Older Adult*. American Society for Pain Management Nursing, 11(3): 177-185.
- Sironi C. (2008) *Advanced Nursing Practice: il contributo dell'ICN nell'evoluzione dei modelli*. In: *Atti del XVIII Congresso nazionale CNAI, Innovazione, qualità e costi: come governare il cambiamento nell'assistenza infermieristica*, Milano, 22-23 marzo 2007, stampato in proprio, pp. 56-64.
- Sironi C. (2010) *Introduzione alla ricerca infermieristica*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

