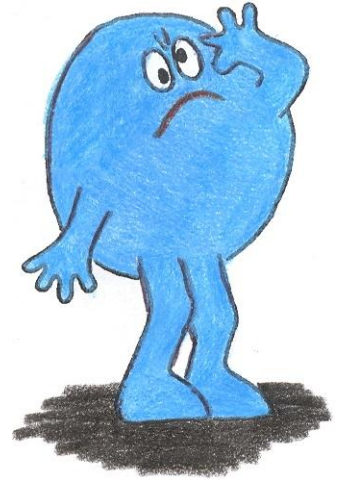


SINTOMI:

STATO CONFUSIONALE



SOMMARIO

- | | | |
|----|-----------------------------------|----------------------|
| 1. | <i>Introduzione</i> | p. 1 |
| 2. | <i>Definizione</i> | p. 1 |
| 3. | <i>Cause</i> | p. 2 |
| 4. | <i>Assistenza infermieristica</i> | p. 2 |
| 5. | <i>Assistenza medica</i> | p. 5 |

1. INTRODUZIONE

Lo stato confusionale o delirio è una sindrome frequente. Secondo letteratura corrente il 15-20% dei malati tumorali ricoverati hanno sintomi o segni di disturbi cognitivi, che nella maggior parte dei casi sono espressione di uno stato confusionale. L'incidenza aumenta con il progredire della malattia per arrivare all'80% dei pazienti che presentano un delirio nelle ultime 48 ore della loro vita.

Ci sono comunque pazienti che anche in uno stadio della malattia non così avanzato, sono più a rischio di altri, (pazienti con malattie concomitanti, con una storia di abuso di sostanze alcoliche, con età avanzata e in uno stato di decadimento psicofisico e disidratazione).

Nel linguaggio dei curanti si ritrovano spesso termini quali confusione e agitazione. Ad essi non corrisponde un significato preciso, universalmente riconosciuto. Essi vengono utilizzati per descrivere comportamenti che possono variare da persona a persona.

Lo stato confusionale acuto ha invece una definizione propria secondo il DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - fourth edition, American Psychiatric Association, 1994).

2. DEFINIZIONE

Il delirio è una disfunzione cerebrale globale, ad eziologia non specifica, caratterizzata da disturbi della coscienza, dell'attenzione, del pensiero, della percezione, della memoria, dei comportamenti*, della sfera emozionale** e del ciclo sonno-veglia.

I 3 criteri per definire la presenza di delirio sono:

- Disturbo della coscienza con ridotta capacità a focalizzare, mantenere o spostare l'attenzione (es. difficoltà a leggere e a discorrere a lungo senza "perdere il filo")
 - Alterazione della sfera cognitiva:
deficit di memoria
disorientamento (tempo, luogo, persona - frequente verso gli altri, rara verso se stesso)
disturbi del linguaggio (es. paziente non trova le parole, ripete spesso le frasi, fa lunghe pause o non riesce a dare il giusto significato alle parole)
e/o
lo sviluppo di disturbi percettivi, che non sono spiegati da demenza preesistente, stabile o in evoluzione (es. illusioni, allucinazioni)
 - Il disturbo si sviluppa in un breve periodo (ore, giorni) e tende a fluttuare nel corso delle 24 ore (infatti momenti di delirio si alternano a momenti di lucidità).
- * *L'attività psicomotoria può essere alterata in modo ipertonico, ipotonico o misto. Persone con variante iperattiva hanno spesso allucinazioni, agitazione e disorientamento. Chi ha forme ipotoniche si presenta solitamente più sonnolente e sedato. In quest'ultimo caso il delirio può anche non essere diagnosticato.*
- ** *I pazienti con delirio sono emozionalmente labili; essi presentano infatti repentini cambi di umore (paura, rabbia, depressione, irritabilità, euforia).*

3. CAUSE

L'origine del delirio è spesso multifattoriale. Le possibili cause sono distinguibili in:

- **dirette:**
 - tumore primario
 - metastasi cerebrali
 - emorragie/infarti cerebrali
- **indirette:**
 - iatrogene (come tossicità su oppioidi, accumulo di ansiolitici o neurolettici ecc.)
 - stati infettivi
 - disturbi metabolici (p.e. ipercalcemia, iponatriemia, iperammoniemia)
 - esiti di insufficienze organiche (epatica, renale)
 - disidratazione
 - ipossia
 - crisi di astinenza (alcool, benzodiazepine ...)
 - ansia, depressione
 - cambiamento dell'ambiente
 - malnutrizione, vitamine ↓
 - ritenzione urinaria, stipsi

In ogni caso, prima di cominciare un trattamento è necessario cercare di capire quali siano le cause più frequenti (raramente uno stato confusionale può essere spiegato con un'unica causa) e, se possibile, impostare allora una terapia causale.

4. ASSISTENZA INFERMIERISTICA

L'intervento infermieristico riguarda essenzialmente 3 punti:

1. **La prevenzione**
2. **Il riconoscere precocemente lo stato confusionale acuto**
3. **Il prendersi cura del paziente confuso**

1. “Prevenire è meglio che curare”

→ il paziente con uno stato cognitivo integro è in grado di esprimere i propri bisogni e di entrare in relazione con le persone che gli stanno vicino. Con l’alterarsi dello stato cognitivo tutto ciò viene a mancare con grande sofferenza per il paziente stesso e per i familiari. Per il personale curante prendersi cura di un paziente confuso è sicuramente complesso e necessita tempo e energia supplementari.

Dobbiamo dunque saper riconoscere quali sono i pazienti a rischio:

- pazienti con più patologie (polimorbidi)
- pazienti con terapia farmacologica complessa (pericolo di interazioni e/o effetti collaterali)
- pazienti conosciuti per abuso etilico e (ab-)uso di farmaci psicoattivi
- pazienti anziani
- pazienti disidratati o con tendenza alla disidratazione

Ulteriori fattori di rischio sono:

- stato febbrile
- stipsi
- infezioni
- ritenzione urinaria
- disturbi elettrolitici
- disturbi metabolici

Riuscire a riconoscere il paziente a rischio per uno stato confusionale ci permette di osservarlo in modo più attento. A questo scopo trovate sotto il capitolo “strumenti” la **scala di valutazione dello stato confusionale**, da usare proprio per intercettare tempestivamente i primi segnali.

Un’attenzione particolare va data ai **pazienti anziani** che potrebbero confondersi già solo per il fatto di non essere nel loro ambiente. L’accoglienza al momento del ricovero deve comprendere anche un accurato orientamento del paziente nella nuova realtà.

2. Riconoscere precocemente lo stato confusionale acuto

Spesso **percepriamo** l’alterarsi dello stato cognitivo di un paziente prima ancora di averlo riconosciuto razionalmente.

Lo stato confusionale acuto si definisce però in base a criteri oggettivi (vedi “Definizione”) che è importante conoscere per poter trovare conferma o meno alle nostre sensazioni e per poter porre una diagnosi precoce insieme al medico.

Tra i primi segnali *sottili* che possiamo riscontrare i più comuni, secondo la nostra esperienza, sono:

- lo sguardo “perso”
- perdere il filo del discorso
- non trovare le parole
- discorsi a momenti incoerenti
- episodi di disorientamento
- sogni strani, *mai avuti prima*
- allucinazioni (visive, tattili, uditive, olfattive)
- tendenza ad invertire il ritmo sonno-veglia.

Importante sottolineare che l’esordio di uno stato confusionale è **fluttuante**: il paziente effettivamente alterna periodi dove appare assolutamente adeguato nei suoi comportamenti, a momenti di confusione dove possiamo riscontrare uno o più segni sopraelencati.

Per riconoscere dunque il più presto possibile uno stato confusionale acuto dobbiamo affidarci alle nostre sensazioni e prendere sul serio ogni minimo dubbio, segnalandolo all’équipe. I familiari del paziente possono essere un valido aiuto e una risorsa da non trascurare.

3. Prendersi cura del paziente confuso...

... è complesso e comprende molteplici aspetti. Il lavoro in équipe e obiettivi di cura chiari favoriscono una presa a carico globale ed efficace. Elenchiamo qui una serie di interventi di competenza infermieristica che rappresentano la base per un **approccio** il più completo possibile che deve essere comunque sempre **personalizzato**.

Comunicazione

- essere consapevoli che il paziente ha una percezione diversa della realtà, e che può mal interpretare quello che gli accade, non agire perciò di routine ma interrogarsi sul senso di ogni intervento esterno;
- utilizzare frasi corte e semplici;
- essere pazienti, calmi, empatici
- adattare il ritmo il più possibile;
- approccio e cure evitando gesti bruschi - essere consapevoli del nostro linguaggio non verbale;
- validare senza alimentare il delirio
- favorire l'autonomia.

Famiglia

- raccogliere le informazioni che la famiglia può dare
- informarli in modo chiaro sullo stato del paziente, sulle cause più probabili, le terapie previste, i limiti
- rassicurare / sostenere
- valorizzare la loro presenza
- spiegare cosa è meglio evitare
- se lo stato confusionale persiste, prevedere incontri regolari.

Riorientamento

- riproduzione dell'ambiente familiare (abiti personali, foto, biancheria letto,...)
- calendario, orologio
- evitare cambio della camera
- luce secondo le abitudini o le esigenze attuali del paziente
- ridurre al minimo il numero di chi interviene
- dare un ritmo alle giornate
- verificare se porta occhiali e/o apparecchi acustici.

Sonno

- conoscere abitudini, ev. "rituali"
- ridurre rumori la sera
- favorire quello che può aiutare ad addormentarsi (musica, tè,...)
- incoraggiare l'attività durante il giorno per mantenere/ristabilire il ciclo sonno-veglia.

Cure di base

spesso il paziente confuso non è più in grado di esprimere verbalmente i suoi bisogni più basilari, ci assicuriamo perciò che :

- urini e vada di corpo regolarmente (accompagnarlo in bagno)
- si idrati e si alimenti secondo le sue necessità
- sia sostenuto nell'igiene personale inclusa la cura del cavo orale

Sicurezza

le misure di contenzione generano paura e suscitano una reazione di difesa aumentando così lo stato di agitazione. Nell'urgenza si può tollerare per un tempo breve l'utilizzo della fascia addominale di contenzione ma solo finché agisce il farmaco sedativo (vedi capitolo "Sedazione" classeur cure palliative). Vivamente sconsigliato legare al letto i polsi del paziente. **Il paziente agitato, non contattabile, che rischia di ledere se stesso necessita urgentemente di una terapia farmacologica adeguata prescritta nel più breve tempo possibile e non di misure di contenzione fisica.** La collaborazione medico-infermieristica è essenziale e deve tener conto anche degli aspetti etici sia della contenzione fisica che della sedazione farmacologica.

Equipe

- prendersi cura di un paziente confuso e agitato senza usare misure di contenzione fisica, significa disporre di una persona che si occupi solo di lui = dotazione adeguata di personale;
- formazione continua per prevenire/riconoscere/prendersi cura in modo soddisfacente;
- lo stato confusionale di un paziente spesso *confonde* anche l'équipe: fermarsi un attimo - fare il punto della situazione - e stabilire un progetto di cura con obiettivi chiari aiuta a non perdersi.

- **Consulenze specialistiche**
- richiedere tempestivamente l'intervento del Servizio di Cure Palliative e/o dello psichiatra e/o del geriatra.

5. ASSISTENZA MEDICA

Valutazione iniziale: Tipo di manifestazione, tipo di insorgenza, tipo di decorso, sintomi concomitanti, fattori scatenanti o limitanti, possibili cause.

Sintomi: Alterazioni di: vigilanza, orientamento, cognizione, attenzione.

Tipo di manifestazione:

1. Stato confusionale iperattivo (confusione + agitazione)
2. Stato confusionale ipoattivo (confusione + rallentamento)
3. Combinazione (alternanza di agitazione e rallentamento)

Possibili cause:

- Disfunzione organiche (SNC, reni, fegato)
- Disturbi metabolici (Ca, Na, K, Crea, A. urico, Glicemia, ...)
- Disidratazione
- Ipossia
- Infezioni
- Disturbi meccanici (ileo, globo vescicole, ascite, versamenti, ...)
- Farmaci (accumulo, interazioni, intossicazioni)
- Situazione preterminale/terminale (fino 80% dei pazienti)

Trattamento:

1. Correggere ev. disfunzioni metaboliche e/o disidratazione
2. Rivalutare (ev. ridimensionare) terapie farmacologiche in corso
3. Trattare ev. infezioni (acute o croniche)
4. Terapia farmacologica dello stato confusionale

Terapia farmacologica: Farmaco neurolettico di 1. scelta: **Haloperidolo (Haldol)**

Dosi indicative:

po: 1-(2)mg q 8-12h (R: 1mg ripetibile fino 1x h)
 iv/sc: 1-(2)mg q 8-12h (R: 1-2mg ripetibile fino 1x h)
 i.cont.: 3-5mg su 24 h (R: 1mg ripetibile fino 1x h)

Alternative: Clorazepam (Tranxilium), Chlorpromazina (Chlorazin), Midazolam (Dormicum). **Consultare Servizio Cure Palliative!**

NB: Se stato confusionale da pressione endocranica: Steroidi

Bibliografia

- Bigorio 2004, Delirium, Consensus on best practice in Palliative care in Switzerland
- L'art de soigner en soins palliatifs, C. Foucault, Les Presses de l'Université de Montréal
- Acute Confusional States in patients with advanced Cancer, Friedrich Stiefel, Robin Fainsinger and Eduardo Bruera, Journal of Pain and Symptom Management Vol. 7 (2/1992)
- La diagnosi e la valutazione dello Stato Confusionale acuto (delirium), Augusto Caraceri, Elisabeth Beltrami, Claudia Borreani, Luigi Grassi, Quaderni di Cure Palliative (Vol. 6 no. 1/98)