

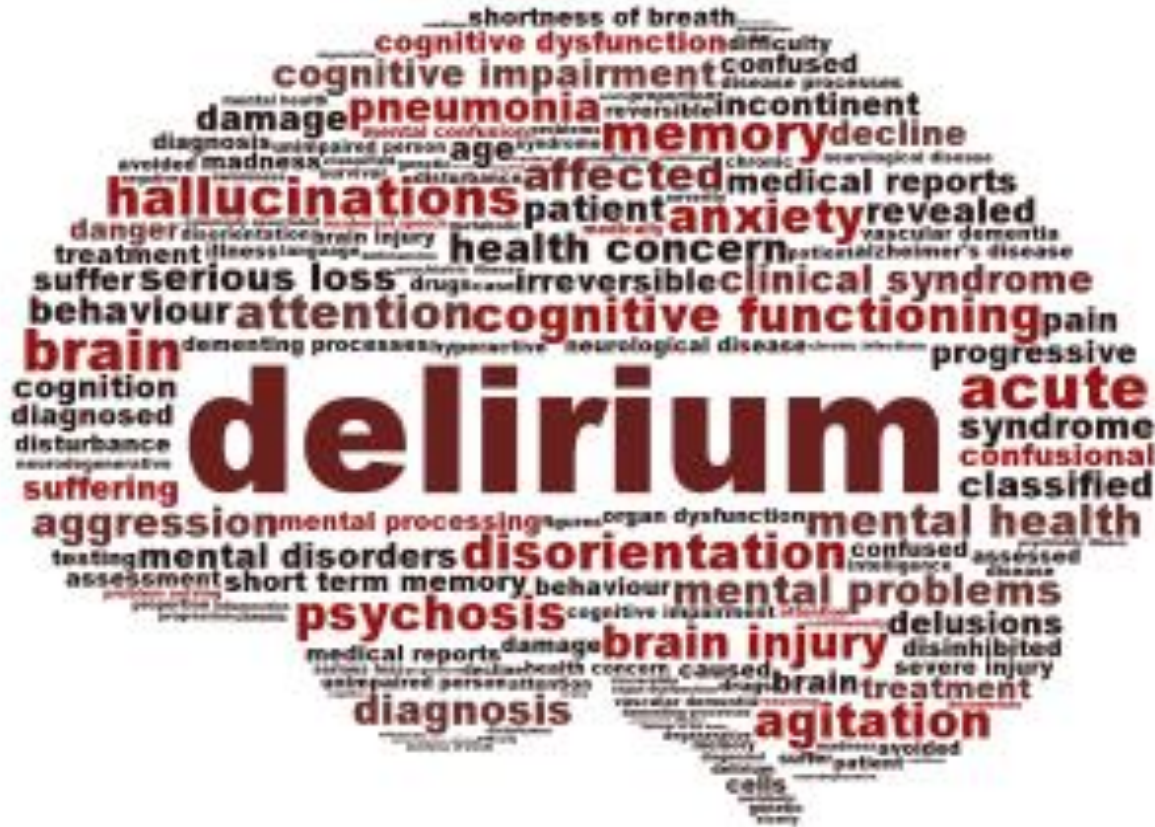


AGGRESSIVITÀ COME SINTOMO

M. Bonfiglio

Direttore SS UTI-Rianimazione
Responsabile Centro Medicina del Dolore
ASL4 Chiavarese





Disfunzione cerebrale acuta caratterizzata da rapida insorgenza, disattenzione, alterazione fluttuante dello stato mentale, disorientamento e allucinazioni.

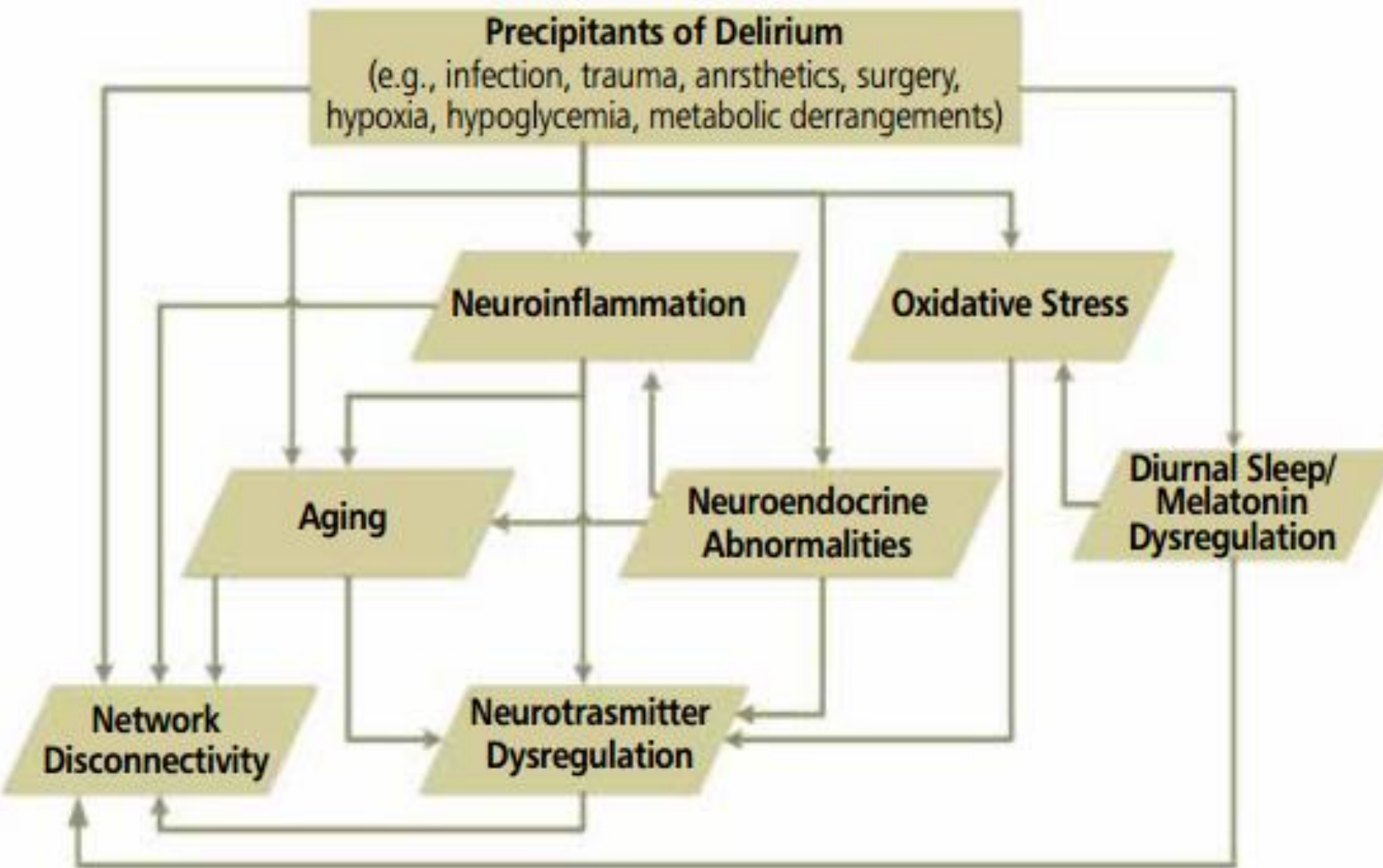


Figura 1

UNDERSTANDING THE DISEASE

Does this patient have delirium?

Jorge I. F. Salluh^{1,2*}, Tarek Sharshar^{3,4} and John P. Kress⁵

© 2016 Springer Verlag Berlin Heidelberg and ESCM



Confusion Assessment Method

Feature 1: Acute Onset and Fluctuating Course	<p>Obtained from a family member or nurse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is there evidence of an acute change in mental status from the patient's baseline? • Did the (abnormal) behavior fluctuate during the day, that is, tend to come and go, or increase and decrease in severity?
Feature 2: Inattention	<ul style="list-style-type: none"> • Did the patient have difficulty focusing attention, for example, being easily distractible, or having difficulty keeping track of what was being said?
Feature 3: Disorganized thinking	<ul style="list-style-type: none"> • Was the patient's thinking disorganized or incoherent, such as rambling or irrelevant conversation, unclear or illogical flow of ideas, or unpredictable switching from subject to subject?
Feature 4: Altered Level of consciousness	<ul style="list-style-type: none"> • Overall, how would you rate this patient's level of consciousness? alert [normal], vigilant [hyperalert], lethargic [drowsy, easily aroused], stupor [difficult to arouse], or coma [unarousable]

The diagnosis of delirium by CAM requires the presence of features 1 and 2 and either 3 or 4.

UNDERSTANDING THE DISEASE

Does this patient have delirium?

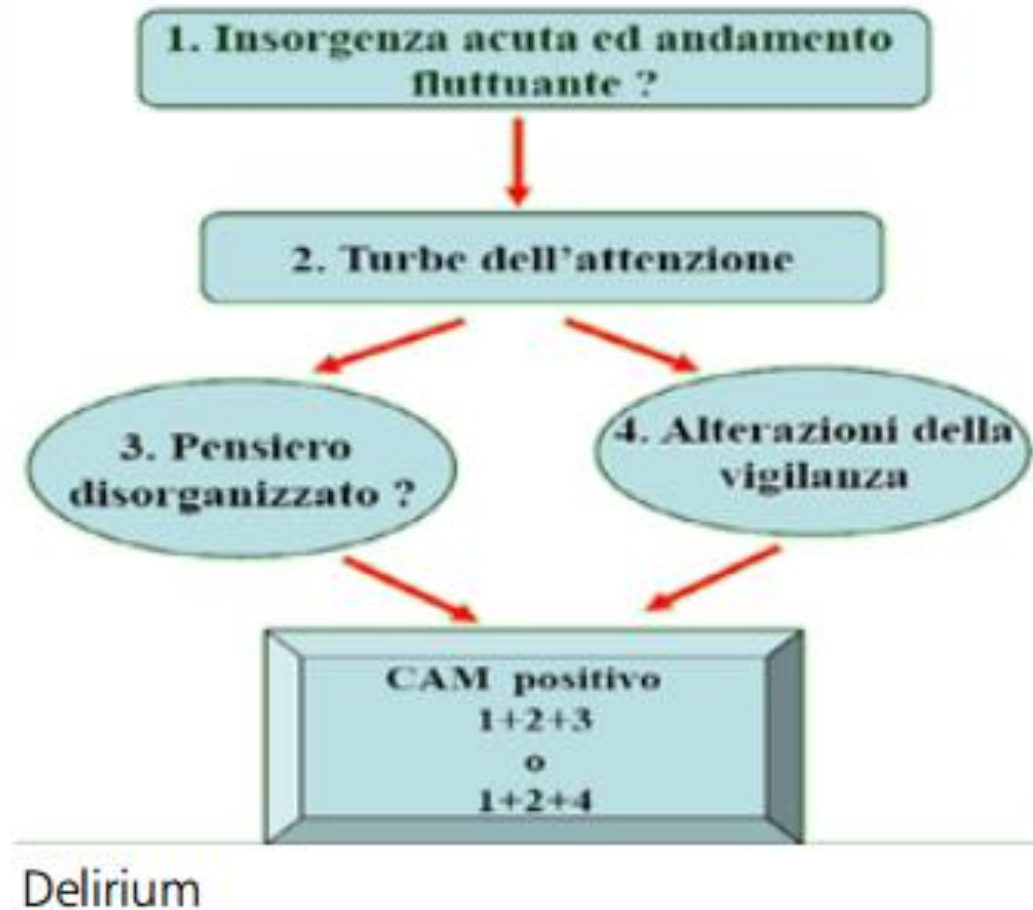


Jorge I. F. Salluh^{1,2*}, Tarek Sharshar^{3,4} and John P. Kress⁵

© 2016 Springer-Verlag Berlin Heidelberg and ESICM

Sottotipi clinici

- **iperattivo**: stato di coscienza "ipervigile", agitazione psicomotoria, disturbo delirante;
- **Ipoattivo**: sopore, apatia, iporeattività agli stimoli fino al coma, rischio decubito, degenza più lunga;
- **Misto**.



Fattori di rischio predisponenti

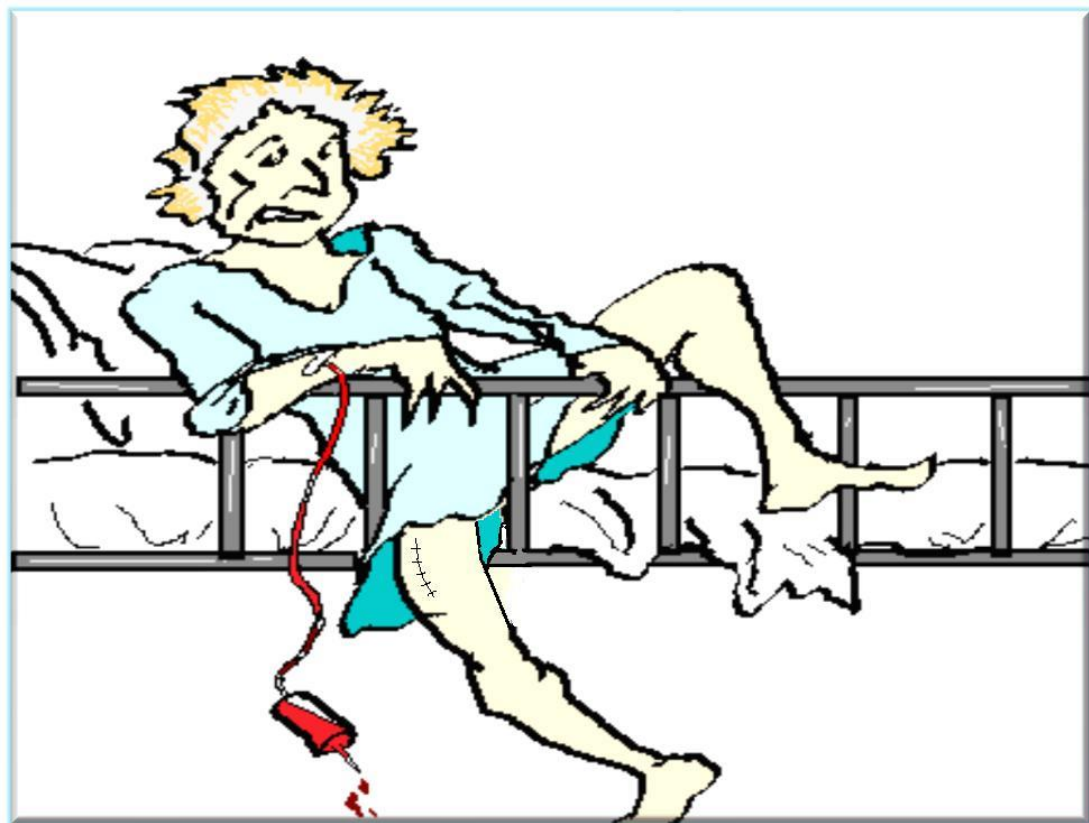
- Età avanzata
- Decadimento cognitivo , demenza
- Frattura di femore
- Grave malattia in atto



• Fattori di rischio precipitanti

(si manifestano durante l'episodio acuto, sono modificabili)

- Patologie mediche intercorrenti: infezioni, disidratazione, malnutrizione, ritenzione urinaria acuta, fecaloma
- Farmaci
- Immobilizzazione
- Intervento chirurgico (chirurgia ortopedica, cardiocirurgia)



Conseguenze se non trattato

- degenza prolungata;
- evoluzione in demenza;
- complicanze, come cadute e ulcere da decubito;
- trasferimento in struttura protetta;
- exitus.



Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis

Jorge I F Salluh,¹ Han Wang,² Eric B Schnr
Ahmed Damli³ 4 Rodrigo R Serafim^{1,5} R

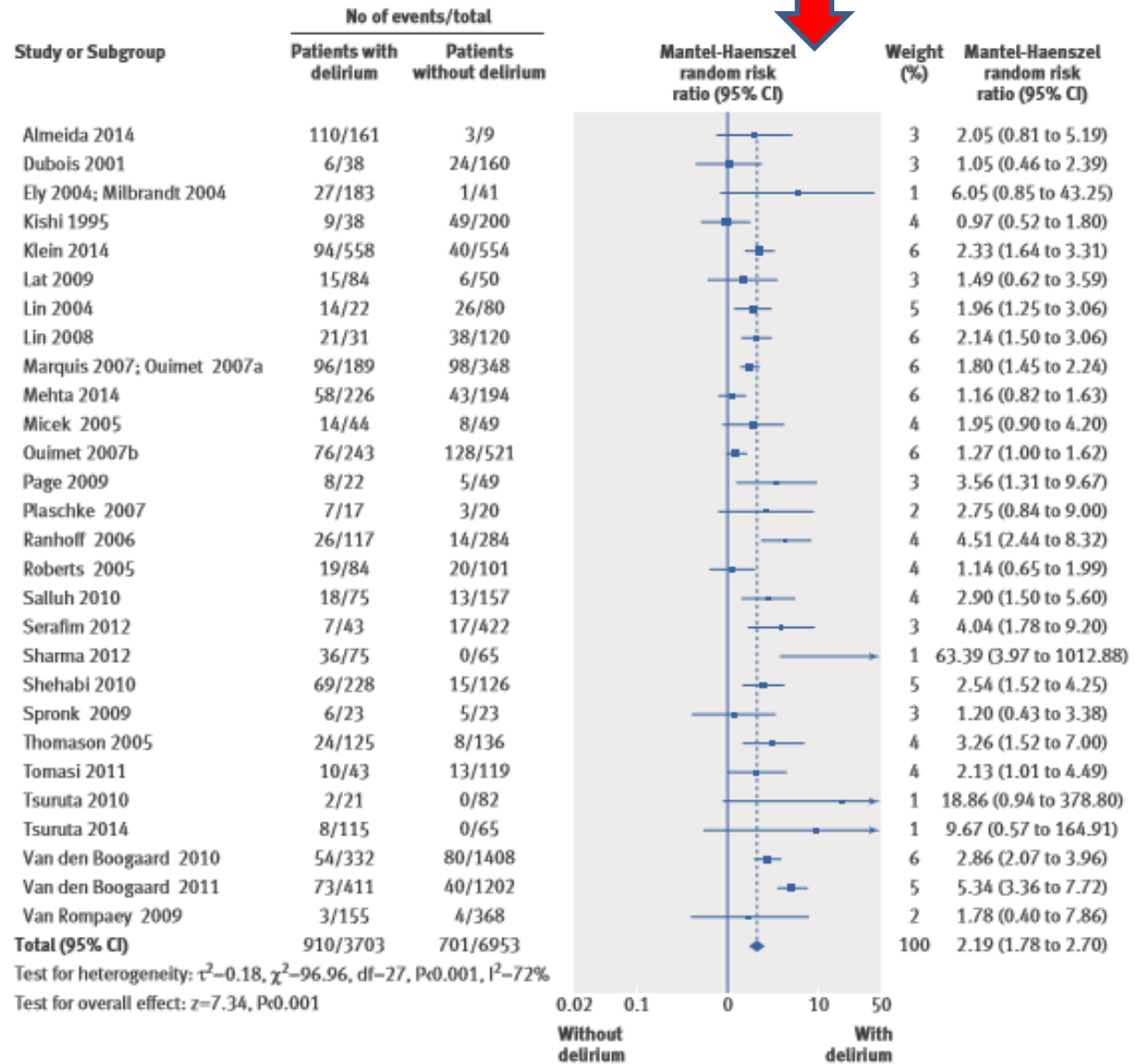


Fig 3 | Impact of delirium on hospital mortality in critically ill patients

Acute Hyperglycemia Associated with Psychotic Symptoms in a Patient with Type 1 Diabetes Mellitus: A Case Report

by SWAPNAJEET SAHOO, MD, ABBAS KHAN, MD, and SANDEEP GROVER, MD

All from the Department of Research in Chandigarh, India.

Innov Clin Neurosci. 2016;13(1)

Case Report
Delirium in Parkinson's Disease: A Cocktail Diagnosis

ROBIN GEORGE MANAPPALLIL
ABSTRACT

Mental disturbances have been described in patients with Parkinson's Disease (PD). Of these, the common conditions are delirium and psychosis. Delirium has been attributed to change of environment, especially hospital stay and infections, while psychosis is due to drugs like dopamine agonists. This is a case of a 75-year-old male, on Levodopa therapy for PD, who presented with delirium and psychosis up with a cocktail diagnosis: Cryptococcal meningitis, Hashimoto's Encephalopathy (HE), Urinary tract infection with acute renal colic, Uremic encephalopathy and Levodopa induced psychosis. This case report, therefore, highlights the need to look for other causes of delirium in a patient with PD when in an acute care setting.

- Alterazioni idro-elettrolitiche
 - disidratazione (diarrea, vomito, diuretici, scompenso diabetico,...);
 - Iposodiemia, ipo- e ipercalcemia (colpo di calore)
- Infezioni: broncopolmonite, infezione urinaria, sepsi.
- Disturbi endocrino-metabolici
 - insufficienza renale ed epatica;
 - ipoglicemia, ipertiroidismo, iposurrenalismo
- Insufficienza cardiaca o respiratoria, ipossia (compreso IMA)
- Ritenzione urinaria, fecaloma
- Patologie del Sistema Nervoso Centrale (in particolare ictus)
- Farmaci o sostanze tossiche

Delirium da farmaci

- Antipsicotici triciclici (fenotiazine), Antidepressivi triciclici (Nortriptilina), Trazodone
- Benzodiazepine, Sali di Litio
- Barbiturici
- Antistaminici
- Antiparkinsoniani (L-dopa, bromocriptina), orfenedrina, pergolide
- Antidiarroici (difenossilato)
- Miorilassanti, spasmolitici
- Prodotti da banco per il trattamento sintomatico della tosse (Codeina)
- Antiaritmici (digitale, alfa e beta bloccanti, ace inibitori, calcioantagonisti, diuretici)
- Analgesici (oppiacei, aspirina, FANS)
- Steroidi (prednisolone)
- Antibiotici (Cefalosporine, Chinolonici)

Pain Physician 2008; 11:917-920 • ISSN 1533-315

Corticosteroid Induced Psychosis in the Pain Management Setting

Ramsin Benyamin, MD^{1,2,3}, Ricardo Vallejo, MD, PhD^{1,2}, Jeffery Kramer, PhD^{1,2,4}, and Roueen Rafeyan, MD⁵





Full Text (PDF)

Amine Benmassaoud, Emily G. McDonald,
and Todd C. Lee

**Potential harms of proton pump inhibitor
therapy: rare adverse effects of commonly
used drugs**

CMAJ June 14, 2016 188:657-662; published
ahead of print November 23, 2015,

-Lansoprazolo:

Lansoprazolo (Generico, Eg, Mg, Teva,
Actavis, Sandoz, Hexal, Merck,
Ratiopharm, Takeda), Lansox, Limpidex,
Zoton, Dakar (Prevacid), Ermes.

- Esomeprazolo:

Nexium, Lucen, Esopral, Axagon.

- Pantoprazolo:

Pantecta, Pantopan, Pantorc, Peptazol,
Pireflux, Inipomp.

- Rabeprazolo:

Pariet, Aciphex.

- Omeprazolo:

Mepral, Omeprazen, Antra, Losec,
Logastric, Prilosec.

•GRF gastrin releasing peptide ... stress e ansia



Epidemiologia

Soggetti ospedalizzati > 65enni

al ricovero in DEA prevalenza del 10-25%

un ulteriore 10-20% sviluppa delirium nel corso del ricovero

Reparti medici 10-48%;

Reparti chirurgici 7-52%;

Frattura del femore 30%;

Stroke 13-50%;

Chirurgia coronarica 23-34%

Geriatrics 70%;

Subintensiva 30%.

Pazienti in Intensiva (tutte le età) 40%



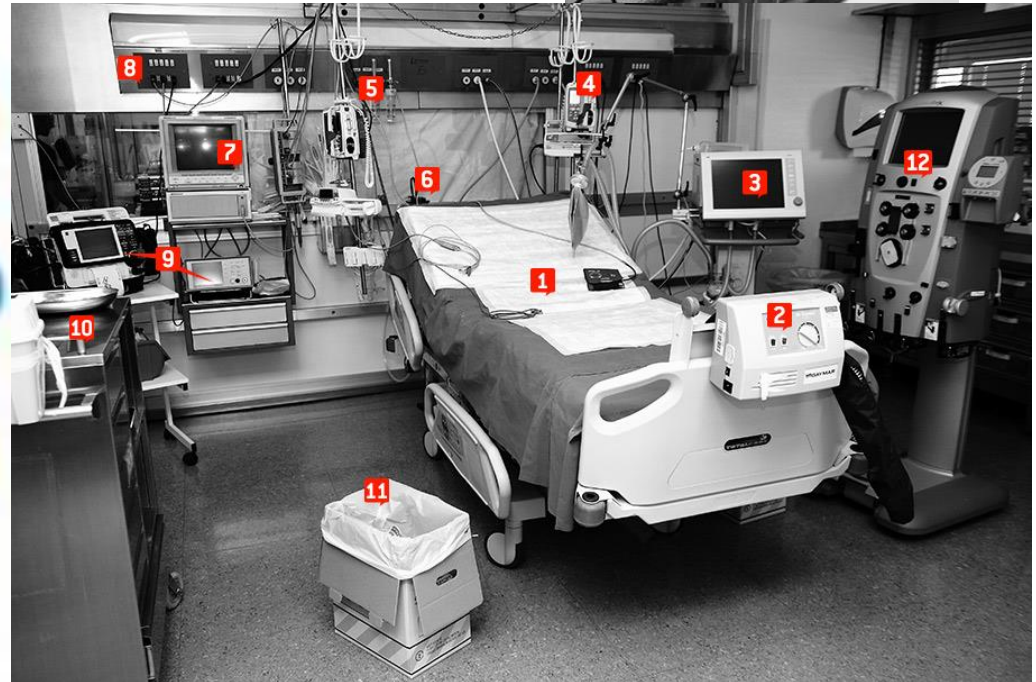


- Manovre invasive (compreso il catetere vescicale)
- Uso di mezzi di contenzione
- Isolamento sociale
- Assenza di luce naturale
- Ripetuti cambi di stanza
 - Interruzione del sonno, stress emotivo
 - Dolore

*ICU delirium is a **syndrome** rather than a disease, and there is no specific characteristic “lesion.”*



Il costo aggiuntivo



Il costo aggiuntivo

Dolore

Incapacità a dormire

Tubi nel naso o in bocca

Non avere controllo su se stessi



- Debolezza
- Perdita di peso
- Fatica
- Neuropatia periferica
- Alterazione della voce
- Insonnia
- Impotenza
- Cambiamenti della cute e delle unghie
- Prurito
- Amenorrea



Intensive care "Follow up: what has it told us? Crit care 2002

33% presenta disordini depressivi
5%-63% post-traumatic stress disorder



Rapidly Reversible, Sedation-related Delirium versus Persistent Delirium in the Intensive Care Unit

Shruti B. Patel, Jason T. Poston, Anne Pohlman, Jesse B. Hall, and John P. Kress

Department of Medicine, Section of Pulmonary and Critical Care, University of Chicago, Chicago, Illinois

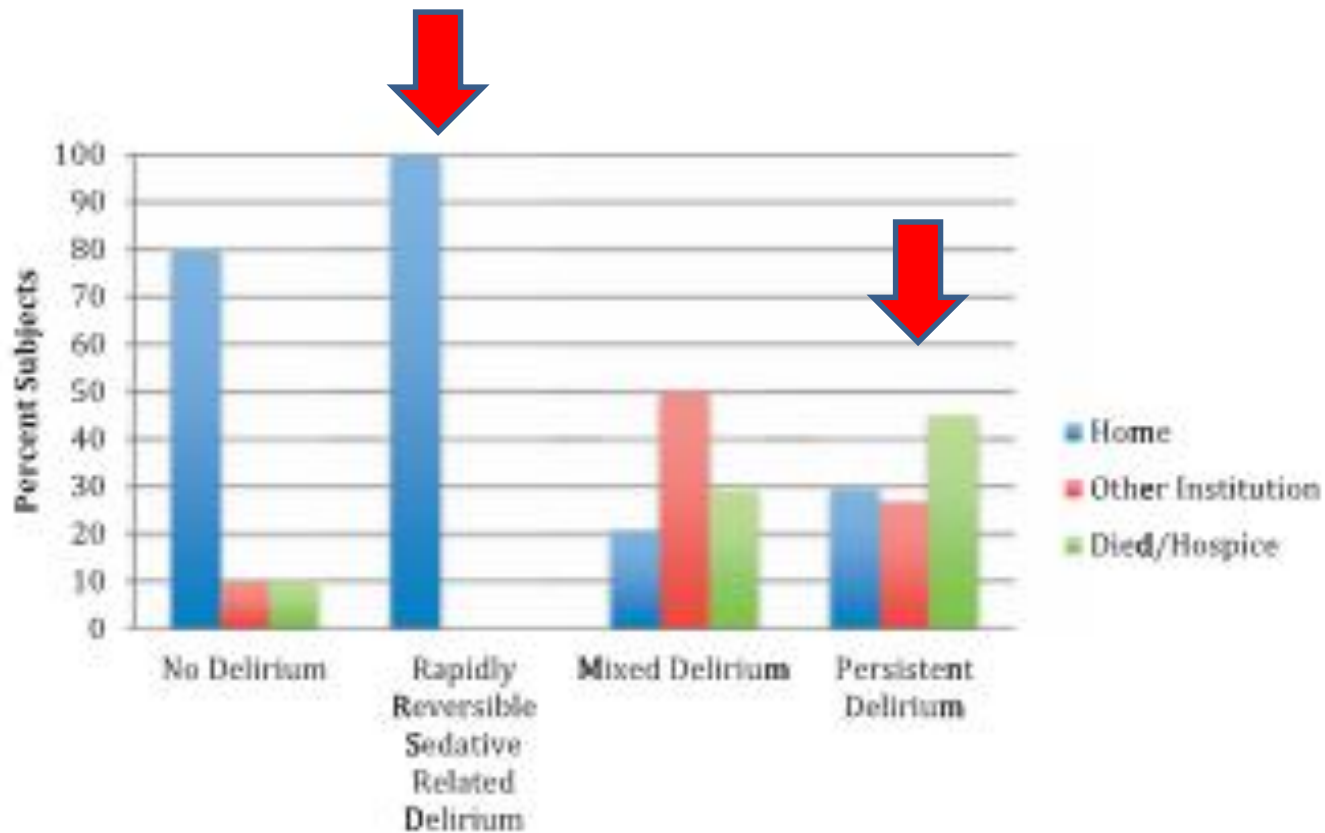
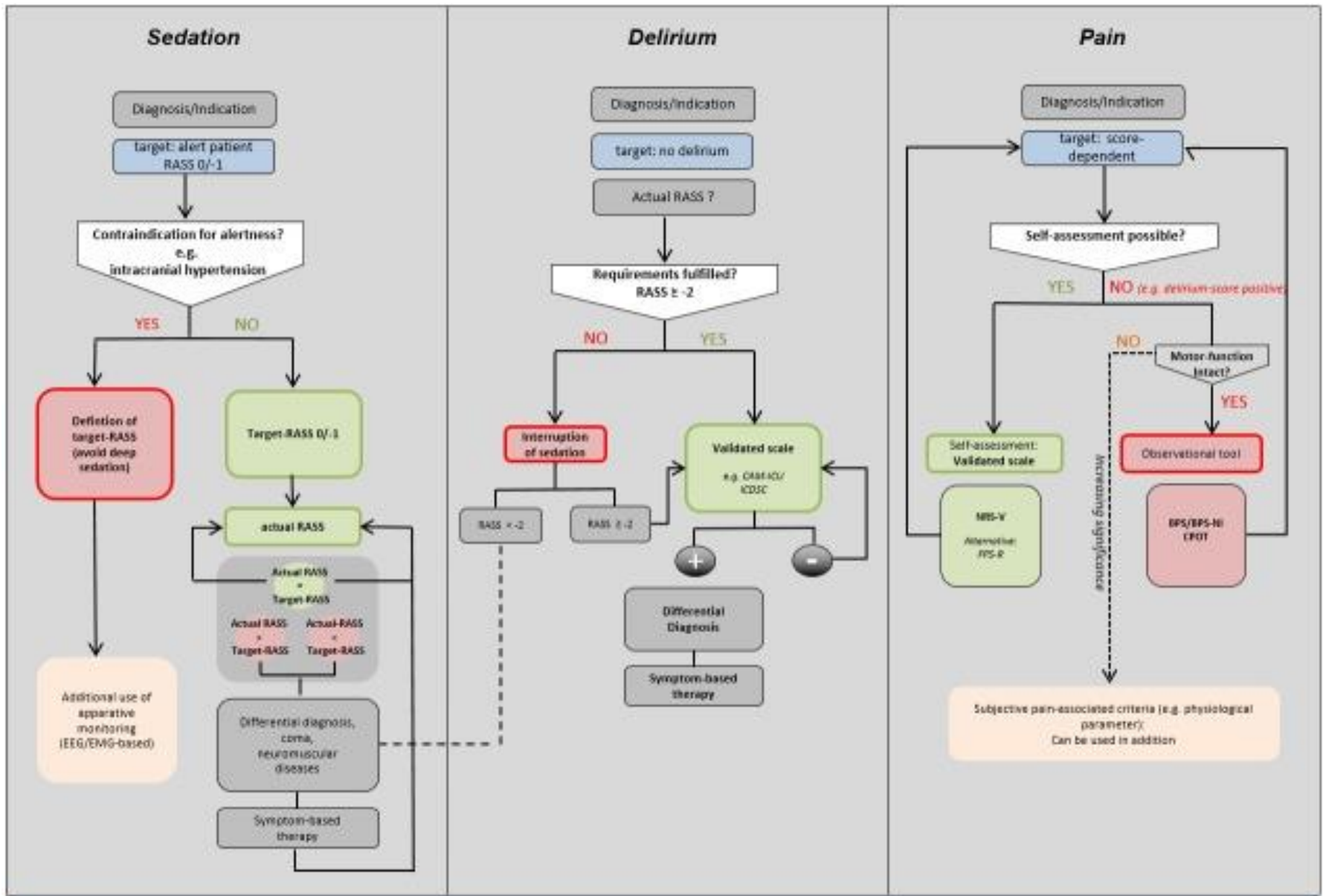


Figure 2. Discharge location of subjects by Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) results.



Assessment and documentation on demand at least once per shift (every 8 hours)



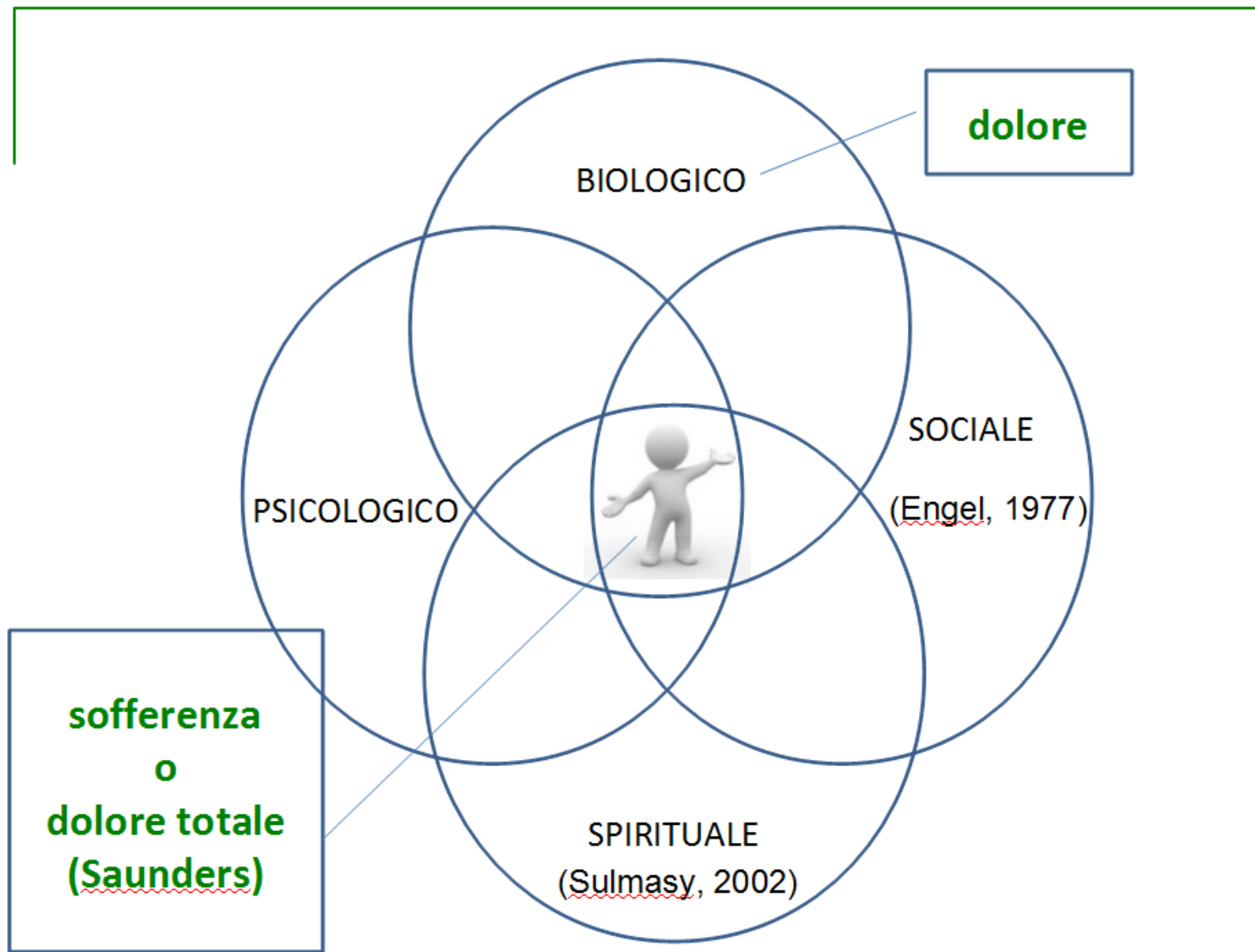
IN UTI

10-25% paz sedati , ventilati

**50% può comunicare i propri
bisogni**



*“Vi giuro, signori, che aver coscienza di troppe cose è una malattia, una vera e propria malattia.”
F. Dostojevskij*



Spiritualità e religione



“Il concetto di spiritualità
non è equivalente
a quello di religione,
anche se la dimensione spirituale può
comprendere una componente religiosa”
(OMS, 1983)

Spiritualità

Componente della vita umana
che spiega il modo in cui gli individui
cercano ed esprimono il
SENSO DELLA VITA



e il modo in cui vivono
il presente, se stessi, gli altri, la natura, gli aspetti
importanti o sacri

(Puchalski et al., 2009)

Confusion Assessment Method (CAM).

Confusion Assessment Method ICU(CAM-ICU).

FORMAZIONE SPECIFICA



Capacità comunicative

Empatia

Saper stare nel proprio ruolo.

Pensare al delirium



ASSESS
Delirium type

- Hypoactive/Hyperactive
- Fast resolution vs Persistent

Valutazione dei fattori di rischio



ASSESS
Modifiable
Factors

- Sedation
- Early identification and treatment of infection
- Pain/Invasive devices
- Hypoxia and metabolic disturbances
- Sleep deprivation / Immobilization
- Drugs (Benzodiazepines, steroids, anticholinergic)

Trattamento del delirium



ASSESS
Need for
Treatment

- Hallucinations
- Agitation

Fig. 1 Checklist for the bedside diagnosis of ICU delirium

Interventi per prevenire il delirium



Diagnosi : διαγιγνώσκειν capire

Διά attraverso + γιγνώσκειν conoscere

*mettere in gioco le conoscenze tecniche specialistiche
ma soprattuttola propria umanità.*

mbonfiglio@asl4.liguria.it