

**ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΔΙΕΓΕΡΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΘ. ΠΡΟΛΗΨΗ  
ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ»**

**ΦΩΤΑΡΑ ΜΑΡΙΑ  
ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:  
ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΚΙΕΚΚΑΣ**

ΠΑΤΡΑ, 2016

## ***ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ***

*Για την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας δέχθηκα την υποστήριξη και την συνδρομή ορισμένων ανθρώπων τους οποίους επιθυμώ να ευχαριστήσω. Πρωταρχικά οφείλω τις ειλικρινείς ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Παναγιώτη Κιέκκα για την καθοδήγηση του και συνεχίζοντας θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους γονείς μου που με υποστήριξαν.*

## Περίληψη

Με τον όρο διέγερση νοείται μια διακύμανση που παρατηρείται κυρίως στους ασθενείς που βρίσκονται στη ΜΕΘ και είναι ψυχολογικής και κινητικής φύσεως. Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται σχετίζονται με τον αποπροσανατολισμό, την ευερεθιστότητα και την αυξημένη κινητική δραστηριότητα. Για τη διάγνωση αυτού του συνδρόμου χρησιμοποιούνται διάφορες κλίμακες αξιολόγησης ενώ οι παράγοντες προδιάθεσης σχετίζονται με τη χορήγηση φαρμάκων, την τοποθέτηση καθετήρων ή σωλήνων και το περιβάλλον της ΜΕΘ.

Όσον αφορά το παραλήρημα, πρόκειται για ένα ψυχοσύνδρομο το οποίο παρουσιάζεται με την έννοια της παράκρουσης και αποτελεί μια διαταραχή της συνείδησης, της προσοχής, της γνωσιακής λειτουργίας και αντίληψης. Παρουσιάζεται συνήθως σε ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ και οι παράγοντες προδιάθεσης αφορούν σοβαρές ασθένειες όπως είναι ο καρκίνος, σοβαρές λοιμώξεις, σοβαρούς τραυματισμούς κλπ. Στα διαγνωστικά κριτήρια περιλαμβάνονται ο αποπροσανατολισμός, η έκπτωση μνήμης, η διαταραχή της αντίληψης και της συνείδησης. Για τη διάγνωση του συνδρόμου χρησιμοποιούνται δύο εργαλεία η κλίμακα Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) και η κλίμακα Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της διέγερσης και του παραληρήματος στη ΜΕΘ θεωρείται πολύ σημαντικός καθώς θα πρέπει να είναι ειδικευμένος στην φροντίδα ασθενών που βρίσκονται στη ΜΕΘ, να είναι δημιουργικός και να διακατέχεται από ομαδικό και συνεργατικό πνεύμα ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί επάξια στο ρόλο του. Ένα από τα βασικότερα στοιχεία τα οποία είναι υψίστης σημασίας για την αντιμετώπιση της διέγερσης και του παραληρήματος είναι η αναγνώριση των αιτιών που το προκάλεσαν και ο αποκλεισμός τους σε συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα.

## **Summary**

Stimulation means a variation that primarily affects patients in the ICU and is psychological and kinetic nature. Symptoms presented related disorientation, irritability and increased motor activity. To diagnose this syndrome used different rating scales and the predisposing factors associated with medication, placing catheters or tubes and the ICU environment.

Regarding the delirium is a psychosyndrome which occurs in the sense of psychosis and is a disturbance of consciousness, attention, cognitive and perception. usually occurs in patients hospitalized in the ICU and the predisposing factors related to serious diseases such as cancer, severe infections, severe injuries etc. The diagnostic criteria include disorientation, memory discount, the disorder of perception and consciousness. For the diagnosis of the syndrome used two tools scale Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) and scale Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC).

The role of the nurse in the treatment of agitation and delirium in the ICU is considered very important as it will be specialized in the care of patients who are in the ICU, to be creative and possessed of collective and cooperative spirit so that it can worthily fulfill the role of . One of the key elements that are crucial for the treatment of agitation and delirium is to identify the causes that caused it and their exclusion in collaboration with the interdisciplinary team.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη .....	3
Summary .....	4
Εισαγωγή .....	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	9
Κεφάλαιο 1: Διέγερση στη ΜΕΘ.....	10
1.1 Περιγραφή διέγερσης.....	10
1.2 Ταξινομική προσέγγιση διέγερσης .....	10
1.3 Διάγνωση διέγερσης .....	11
1.4 Συνέπειες διέγερσης.....	12
1.5 Αντιμετώπιση διέγερσης.....	13
Κεφάλαιο 2: Παραλήρημα στη ΜΕΘ .....	15
2.1 Ορισμός και υπότυποι.....	15
2.2 Επιδημιολογία .....	16
2.3 Παθοφυσιολογία .....	17
2.4 Προδιαθεσικοί παράγοντες παραληρήματος .....	18
2.5 Κλινικά χαρακτηριστικά και συνέπειες παραληρήματος .....	20
2.6 Συμπτώματα παραληρήματος .....	22
2.7 Διάγνωση παραληρήματος.....	22
2.8 Βιοδείκτες στη διάγνωση και την πρόβλεψη του παραληρήματος.....	25
Κεφάλαιο 3: Πρόγνωση-πρόληψη παραληρήματος στη ΜΕΘ.....	27
3.1 Πρόγνωση .....	27
3.2 Πρόληψη .....	28
3.2.1 Φαρμακευτικά μέτρα πρόληψης .....	30
3.2.2 Μη φαρμακευτικά μέτρα πρόληψης .....	30
Κεφάλαιο 4: Στρατηγικές αντιμετώπισης παραληρήματος .....	33
4.1 Εισαγωγή .....	33
4.2 Φαρμακευτική αντιμετώπιση.....	34
4.3 Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση.....	36
Κεφάλαιο 5: Διέγερση και παραλήρημα στη ΜΕΘ και νοσηλευτική παρέμβαση.....	39
5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη ΜΕΘ και στους ασθενείς με διέγερση και παραλήρημα .....	39

5.2 Κατευθυντήριες οδηγίες 2010 του NICE (Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Πρόνοιας Ηνωμένου Βασιλείου) για την πρόληψη της διέγερσης και του παραληρήματος.....	42
5.3 Κατευθυντήριες οδηγίες 2010 του NICE (Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Πρόνοιας Ηνωμένου Βασιλείου) για τη θεραπεία της διέγερσης και του παραληρήματος.....	43
5.4 Ηθικά ζητήματα .....	44
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	47
Κεφάλαιο 6: Νοσηλευτική Διεργασία .....	48
6.1 Σκοποί και στάδια νοσηλευτικής διεργασίας.....	48
6.2 Περιστατικό I.....	49
6.3 Περιστατικό II.....	53
Βιβλιογραφία .....	57
Διαδικτυακές πηγές.....	61

## Εισαγωγή

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), έχουν αρκετές πιθανότητες να παρουσιάσουν ορισμένες ψυχιατρικές διαταραχές οι οποίες συνυπάρχουν με το βασικό αίτιο που έχουν νοσηλευτεί. Τέτοιου είδους ψυχιατρικές διαταραχές είναι:

- η διέγερση και το παραλήρημα (παραλήρημα)
- οι αγχώδεις διαταραχές
- η διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση
- η οξεία, παροδική ψυχωτική διαταραχή με ιδέες δίωξης.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να σημειωθεί ότι κάποια από τις προαναφερθέντες ψυχιατρικές διαταραχές δύναται να παρουσιαστεί κατά τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών στη ΜΕΘ, μετά από την μεταφορά τους από τη συγκεκριμένη μονάδα σε κάποια κλινική του νοσοκομείου και σε κάποιες περιπτώσεις μετά από αρκετό διάστημα από την έξοδο των ασθενών από τη ΜΕΘ.

Με τον όρο παραλήρημα νοείται μια ψυχωσική κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής παρουσιάζει δυσλειτουργία στη γνωστική και τη συμπεριφοριστική του κατάσταση. Παράλληλα χαρακτηρίζεται από μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και απώλεια μνήμης ενώ ο ασθενής που βρίσκεται σε αυτή την κατάσταση δεν μπορεί να προσανατολιστεί.

Το παραλήρημα στη διεθνή βιβλιογραφία είναι γνωστό και με άλλες ονομασίες όπως:

- σύνδρομο της ΜΕΘ
- ψύχωση της ΜΕΘ
- μετεγχειρητική ψύχωση
- οξεία σύγχυση
- διαταραχή ψυχολογικής ανταπόκρισης

Μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν διέγερση και παραλήρημα είναι οι ηλικιωμένοι ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται με άνοια ενώ παράλληλα αποτελεί ένα συχνό φαινόμενο για τους ασθενείς που νοσηλεύονται με καρκίνο και βρίσκονται στο τελικό στάδιο.

Τα παλαιότερα χρόνια ήταν ιδιαίτερα δύσκολο να διαγνωστούν οι ασθενείς με διέγερση ή παραλήρημα καθώς οι ασθενείς που βρίσκονταν στη ΜΕΘ και

υποστηρίζονταν μηχανικά παρουσίαζαν δυσκολία στο λόγο τους. Η συγκεκριμένη δυσκολία αντιμετωπίστηκε με την εισαγωγή των εργαλείων διάγνωσης στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και έτσι η διάγνωση του συγκεκριμένου συνδρόμου παρουσιάζεται εφικτή από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη και η ανάλυση της έννοιας της διέγερσης και του παραληρήματος στη ΜΕΘ ενώ παράλληλα επιχειρείται η ανάλυση του ρόλου του νοσηλευτή στην πρόληψη και την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου συνδρόμου εντός των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας.





## **Κεφάλαιο 1: Διέγερση στη ΜΕΘ**

### **1.1 Περιγραφή διέγερσης**

Η εκδήλωση διέγερσης χαρακτηρίζεται από σημαντική αύξηση της ψυχολογικής και της κινητικής δραστηριότητας των ασθενών και είναι ιδιαίτερα συνήθης στους ασθενείς της χειρουργικής-παθολογικής ΜΕΘ, όπου κυμαίνεται μεταξύ 52,0–70,8%. Η διακύμανση αυτή αποδίδεται εν μέρει στις διαφορές μεταξύ των αντίστοιχων μελετών όσον αφορά στα κριτήρια επιλογής των ασθενών (π.χ. αν συμπεριλαμβάνονται ασθενείς υπό μηχανικό αερισμό), καθώς και στη δυσκολία ακριβούς ορισμού και διαφορικής διάγνωσης της διέγερσης. Συγκεκριμένα, η διέγερση έχει περιγραφεί ως ένα συνεχές συμπεριφορών και αποκρίσεων των ασθενών, στο οποίο περιλαμβάνονται ο αποπροσανατολισμός, η ευερεθιστότητα, η αυξημένη κινητικότητα, η προσπάθεια αφαίρεσης καθετήρων και σωλήνων και η αντίσταση στην αναπνοή μέσω του αναπνευστήρα. (Κιέκκας, Μπαλτόπουλος, 2009)

Η διέγερση μπορεί να συνοδεύεται από διαταραχές της εμφάνισης:

- Ø της συνείδησης,
- Ø του προσανατολισμού,
- Ø της ομιλίας,
- Ø της μορφής και του περιεχομένου της σκέψης,
- Ø του συναισθήματος,
- Ø άγχους. (Stephen et al. 2015)

### **1.2 Ταξινομική προσέγγιση διέγερσης**

Η ταξινόμηση της διέγερσης μπορεί να χωριστεί σε δύο κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται οι κατανοητές και οι μη κατανοητές διεγέρσεις. Οι κατανοητές διεγέρσεις συναντώνται πιο συχνά και δεν αποτελούν ίδιο χαρακτηριστικό των νευρωτικών καταστάσεων. Επίσης μπορούν να αφορούν το σύνολο της ψυχιατρικής παθολογίας ενώ συνιστούν ένα μήνυμα που απευθύνεται σ' ένα παραλήπτη, που δεν καθορίζεται πάντοτε με σαφήνεια και σχετίζονται με προβλήματα σχέσεων και αντιδράσεις που, λίγο ή πολύ, εύκολα αποκρυπτογραφούνται. Η αντιμετώπιση σχετίζεται με τη δυνατότητα κατανόησής της από μέρος του εξετάζοντος γιατρού. (Stephen et al. 2015)

Όσον αφορά τις μη κατανοητές διεγέρσεις εκδηλώνονται πιο έντονα και δεν έχουν έναν άμεσο, ανάλογο και αντίστοιχο δεσμό με τα τωρινά γεγονότα της ζωής του πάσχοντος. Στις μη κατανοητές διεγέρσεις παρατηρείται αδυναμία κατανόησης, ασυναρτησία και ρήξη με το πραγματικό. (Stephen et al. 2015)

Στη δεύτερη κατηγορία η διέγερση χωρίζεται στην ψυχιατρική και στην οργανική διέγερση. Στην ψυχιατρική διέγερση περιλαμβάνονται όλοι οι τύποι της κατανοητής διέγερσης, καθώς και της μη κατανοητής διέγερσης που συνδέεται με παραληρητικές καταστάσεις, με νευρώσεις, με ψυχοπαθητικές καταστάσεις κ.α. Όσον αφορά την οργανική διέγερση ανήκει στην ομάδα των μη κατανοητών διεγέρσεων και συνοδεύουν μια ψυχιατρική διαταραχή εξαιτίας μιας σωματικής νόσου. Υπάρχει η γνήσια οργανική διέγερση και η μικτή οργανική διέγερση. Η γνήσια οργανική διέγερση προέρχεται από τοξικές αιτίες, μεταβολικές αιτίες, σωματικές νόσους και εγκεφαλικές αιτίες. Η μικτή διέγερση περιλαμβάνει διαφορετικούς συνδυασμούς οργανικής και ψυχικής προέλευσης όπως για παράδειγμα μια δηλητηρίαση με αλκοόλη κατά την εισβολή ενός μανιακού επεισοδίου. (Stephen et al. 2015)

### 1.3 Διάγνωση διέγερσης

Από τις κλίμακες που έχουν προταθεί στη διεθνή βιβλιογραφία για τη διάγνωση και την αξιολόγηση της διέγερσης, η ιδανική θα πρέπει να συνδυάζει την ευκολία στη χρήση της με τον ακριβή προσδιορισμό διαφορετικών βαθμών διέγερσης. Αν και καμιά δε θεωρείται ότι αποτελεί το πρότυπο μέτρησης αυτής, η κλίμακα Sedation-Agitation (SAS) φαίνεται να χαρακτηρίζεται από την υψηλότερη εγκυρότητα και αξιοπιστία. Βασίζεται στην αναγνώριση επτά συμμετρικών βαθμών διέγερσης και συνδυάζει τις μεταβολές του επιπέδου συνείδησης με την περιγραφή των συμπεριφορικών αποκρίσεων των ασθενών. (Κιέκκας, Μπαλτόπουλος, 2009)

Για τη διάγνωση της διέγερσης θα πρέπει να τίθενται αρχικά τα εξής ερωτήματα:

- Ø Αν υπάρχει μια οργανική προέλευση της διαταραχής.
- Ø Αν πρόκειται για μια αντίδραση σ' ένα τωρινό γεγονός.
- Ø Αν πρόκειται για μια εισβολή που μαρτυρά μια υπολανθάνουσα ψυχική νόσο.

Οι ενέργειες που πραγματοποιούνται για τη διάγνωση της διέγερσης πριν από την ψυχιατρική εξέταση είναι:

- Ø Η συλλογή πληροφοριών οι οποίες μπορούν να διαφωτίσουν για το ατομικό αναμνηστικό καθώς και το οικογενειακό ιστορικό, για τις περιστάσεις, τις

λιγότερο ή περισσότερο σχετικές, με την εμφάνιση των διαταραχών, τη διάρκειά τους και τις διακυμάνσεις τους και για τις ενδεχομένως κατάλληλες θεραπευτικές αγωγές που του υποδείχθηκαν στο παρελθόν. (Stephen et al. 2015)

- Ø Η επισκόπηση του διεγερμένου ατόμου στην οποία παρατηρείται ο τρόπος με τον οποίο ο διεγερμένος συμπεριφέρεται στους άλλους όπως για παράδειγμα αν απευθύνεται σε κάποιον με μια ιδιαίτερη ορμητικότητα ή αν προκαλεί κάποιος σ' αυτόν μια κατευναστική ή διεγερτική επίδραση και με ποιο τρόπο. Επίσης παρατηρείται ποια στάση κρατά το περιβάλλον του απέναντί του δηλαδή αν είναι πολύ φοβισμένο, αν παραμένει μακριά απ' αυτόν κλπ.
- Ø Σωματική εξέταση του διεγερτικού ατόμου στην οποία διερευνώνται τα σημεία ύπαρξης μιας οργανικής διαταραχής (νευρολογικής, μεταβολικής, δηλητηριάσεως) και εγκαθιστά μια ιατρικοποιημένη επαφή με τον ασθενή που συχνά παρέχει ένα στοιχείο ασφάλειας και διευκολύνει την ψυχιατρική εξέταση που θα ακολουθήσει. (Stephen et al. 2015)

#### **1.4 Συνέπειες διέγερσης**

Ένα πλήθος προδιαθεσικών παραγόντων έχει αναγνωριστεί ότι συμβάλλει στην εκδήλωση διέγερσης. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν κυρίως χαρακτηριστικά των ασθενών, τη χορήγηση φαρμάκων, την τοποθέτηση καθετήρων ή σωλήνων και το περιβάλλον της ΜΕΘ.

Η διεγερτική συμπεριφορά σχετίζεται έντονα με δυνητικά επικίνδυνες επιπλοκές, όπως η μη προγραμματισμένη αποδιασώληνωση, η αφαίρεση ενδαγγειακών καθετήρων και η σημαντική αύξηση της κατανάλωσης οξυγόνου (είτε συνολικά ή ειδικότερα από το μυοκάρδιο). Επίσης, οι διεγερτικοί ασθενείς χαρακτηρίζονται από σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής σε μηχανικό αερισμό και παραμονής στη ΜΕΘ, καθώς και από σημαντικά υψηλότερη συχνότητα προσβολής από ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις.

Συνέπεια αυτών αποτελεί η σημαντική αύξηση του κόστους νοσηλείας, ενώ ιδίως στους ασθενείς υψηλής κλινικής βαρύτητας, η εκδήλωση σοβαρής διέγερσης μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση της θνησιμότητας (ακόμη και μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ). (Κιέκκας, Μπαλτόπουλος, 2009)

## 1.5 Αντιμετώπιση διέγερσης

Για το χειρισμό ασθενών με διέγερση χρησιμοποιούνται φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Οι δεύτερες συνίστανται κυρίως στην εφαρμογή φυσικών μέσων για τον περιορισμό των κινήσεων του ασθενούς και, μολονότι αποτελούν μια εύκολη λύση πρώτης γραμμής, εγείρουν ηθικά και νομικά διλήμματα. Η χορήγηση φαρμάκων, κυρίως για την αύξηση της καταστολής ή τη μείωση του πόνου, προτείνεται να γίνεται με τιτλοποίηση των δόσεών τους (χορήγηση μικρών δόσεων σε τακτά χρονικά διαστήματα και διαρκής αξιολόγηση της επίδρασής τους).

Αναμφισβήτητα, η αναγνώριση και η προσπάθεια διόρθωσης των υποκείμενων προδιαθεσικών παραγόντων διέγερσης, όπως η υποξαιμία και η διαταραχή των κινητικών ρυθμών, πρέπει πάντα να προηγείται της χορήγησης φαρμάκων ή της εφαρμογής φυσικών περιοριστικών μέσων. (Κιέκκας, Μπαλτόπουλος, 2009)

Η χορήγηση φαρμάκων καθορίζεται από παράγοντες όπως είναι:

- Ø Η έναρξη της δράσεως
- Ø Η απαντητικότητα στα φάρμακα
- Ø Η πρόκληση μιας χρήσιμης καταστολής
- Ø Η περιορισμένη τάση για πρόκληση μη ανεκτών ή επικίνδυνων παρενεργειών
- Ø Η προώθηση μιας μακροχρόνιας συμμόρφωσης

Η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων:

- Ø Η droperidol, lorazepam, haloperidol θεωρούνται οι πλέον αποτελεσματικοί παράγοντες και ακολουθούν τα άτυπα αντιψυχωσικά.
- Ø Η lorazepam και η droperidol θεωρούνται περισσότερο κατασταλτικά σε σχέση με την haloperidol και τα άτυπα αντιψυχωσικά.
- Ø Τα άτυπα αντιψυχωσικά φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικά από τα συμβατικά στην αντιμετώπιση της επιθετικότητας και της διέγερσης.
- Ø Η lorazepam έχει τουλάχιστον τη ίδια αποτελεσματικότητα με την haloperidol.

Η πιο συχνή φαρμακευτική στρατηγική στα ψυχιατρικά επείγοντα σήμερα είναι η χρήση της αλοπεριδόλης και της λοραζεπάμης σε συνδυασμό (συνήθως 5mg αλοπεριδόλης και 2 mg λοραζεπάμης στην ίδια σύριγγα. Η λογική της χρήσης συνδυασμού φαρμάκων είναι η καλύτερη αποτελεσματικότητα, η γρηγορότερη έναρξη της δράσης, η μείωση των παρενεργειών, η δυνατότητα της λήψης της

κατώτερης δοσολογίας από κάθε συστατικό, η επέλευση ύπνου και η καλύτερη αποτελεσματικότητα για την υποκείμενη κατάσταση.

**Πίνακας 1: Φαρμακευτική επιλογή για τη διέγερση**

<b>ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΛΟΓΗ</b>	<b>ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ</b>
Droperidol Lorazepam Haloperidol	Άτυπο αντιψυχωσικό
Lorazepam Droperidol	Haloperidol Άτυπο αντιψυχωσικό
I.V χορήγηση I.M χορήγηση lorazepam, Haloperidol, droperidol	I.M chlorpromazine, Diazepam

## Κεφάλαιο 2: Παραλήρημα στη ΜΕΘ

### 2.1 Ορισμός και υπότυποι

Η παραληρηματική ιδέα είναι ένα από τα βασικά συμπτώματα μίας έντονης ψυχωσικής κατάστασης. Δίνοντας μία αναλυτικότερη έννοια στην λέξη παραλήρημα, θα μπορούσε να παρομοιαστεί με μία ανόητη φλυαρία. Πρωτοεμφανίζεται με την έννοια της παράκρουσης αλλά κυρίως του παραμιλητού. Στην σύγχρονη ελληνική ψυχιατρική χρησιμοποιείται με την έννοια του παραλογισμού, μιας ψευδαίσθησης – φαντασίωσης όπου το άτομο που την κάνει την πιστεύει και για εκείνον είναι πέρα για πέρα αληθινή. Πρόκειται για μία προσωπική φαντασίωση του ατόμου που βέβαια ο ίδιος πιστεύει ότι είναι αληθινή ενώ δεν συμβαίνει αυτό στην πραγματικότητα. Τέτοιες πεποιθήσεις αναφέρονται συνήθως στην ιδέα ότι κάποιος ή κάποιοι τους ενοχλούν με άδικες επικρίσεις ή απειλές ή στην ιδέα ότι κάποιοι προσπαθούν μέσα από κάποιο ισχυρό μέσο όπως τηλεόραση, εφημερίδα προσπαθούν να επηρεάσουν τα συναισθήματα τους, τις σκέψεις τους. Άλλα άτομα θεωρούν ότι είναι προικισμένα με κάποια μοναδική ιδιότητα, ή ενσαρκώνουν κάποια μοναδική ιστορική προσωπικότητα ή ότι συμβαίνει κάτι το ανεξήγητο ή καταστροφικό στο σώμα τους, στην υγεία τους. Όλες αυτές οι εμμονές μπορεί να είναι οργανωμένες, ή και ανοργάνωτες, πολύπλοκες, λογικοφανείς ή εντελώς απίθανες και εξωπραγματικές.

Η ύπαρξη του παραληρήματος υποδηλώνει μία ανασφάλεια του εγώ, το άτομο αισθάνεται ότι κινδυνεύει από κάποιον ή κάτι. Αντίθετα με τις εμμονές ενός ψυχαναγκαστικού ατόμου το παραλήρημα εμπλέκει το περιβάλλον με ένα τρόπο αρκετά ενεργητικό, συνήθως απειλητικό, κριτικό, ή υποτιμητικό. Σε πιο ήπιες καταστάσεις ή προτού το σύμπτωμα εξελιχθεί σε κάποιο τύπο παραληρήματος το άτομο μπορεί να πιστεύει ότι είναι το κέντρο της προσοχής κάποιων ορισμένων ατόμων οι οποίοι τον επικρίνουν, τον ειρωνεύονται παρά ότι σχεδιάζουν κάτι κακό εναντίον του. Συνήθως τέτοιες ιδέες καταδίωξης χαρακτηρίζονται από έντονη καχυποψία και ένα έντονο συναίσθημα προσωπικής ανασφάλειας. (Χαρτοκόλλης Π. 1991)

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία (American Psychiatric Association) ορίζει το παραλήρημα ως διαταραχή της συνείδησης, της προσοχής, της γνωσιακής λειτουργίας και αντίληψης που αναπτύσσεται σε σύντομο χρονικό διάστημα (συνήθως ώρες ή ημέρες) και τείνει να παρουσιάζει διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια της ημέρας. Ένα παραλήρημα δύναται να οφείλεται σε γενική ιατρική κατάσταση ή

να είναι τοξικό ή στερητικό από ουσίες ή να είναι πολλαπλής αιτιολογίας. (Μαδιανός, 2003)

Το παραλήρημα διακρίνεται σε τρεις υποτύπους ανάλογα με την κλινική εικόνα:

- Ø Κινητικός (hyperactive) τύπος, όπου παρατηρείται αυξημένη ψυχοκινητική δραστηριότητα, ανησυχία, ταραχή και μειωμένος έλεγχος της συμπεριφοράς.
- Ø Κατασταλμένος (hypoactive) τύπος, όπου παρατηρείται μειωμένη ψυχοκινητική δραστηριότητα, βραδείες κινήσεις και νωθρότητα.
- Ø Μικτός (mixed) τύπος, όπου υπάρχει μια διακύμανση μεταξύ των άλλων δύο τύπων μέσα σε ένα 24ωρο. (Connor et al., 2012)

Η άνοια, η οποία συχνά συνυπάρχει με το παραλήρημα, και η «σιωπηλή» κλινική εικόνα του κατασταλμένου τύπου, που εμφανίζεται συχνότερα μεταξύ των άλλων δύο τύπων του συνδρόμου, αποτελούν βασικούς λόγους μη αναγνώρισης του παραλήρημα. Στο παρελθόν, η δυσκολία της διάγνωσης έγκειτο στην αδυναμία ομιλίας που παρουσίαζαν οι μηχανικά υποστηριζόμενοι ασθενείς της ΜΕΘ. Οι εν λόγω περιορισμοί έχουν αντιμετωπιστεί με την προσαρμογή των διαγνωστικών εργαλείων στο ιδιαίτερο περιβάλλον της ΜΕΘ και πλέον η αναγνώριση του παραλήρημα είναι εφικτή από όλους τους επαγγελματίες υγείας. (Γιαβάση κ.α., 2015)

## 2.2 Επιδημιολογία

Οι ασθενείς της ΜΕΘ είναι ευάλωτοι στην ανάπτυξη του οργανικού ψυχοσυνδρόμου, καθώς πολύ συχνά πληρούν παράγοντες κινδύνου όπως είναι η συννοσηρότητα, η μεγάλη ηλικία και η λήψη αντιψυχωσικής αγωγής. Στο τμήμα των επειγόντων, η επίπτωση του παραληρήματος ανέρχεται στο 10%, ενώ ποσοστό έως και 83% παραμένει αδιάγνωστο. Η επίπτωση του συνδρόμου είναι 15–50% μεταξύ των παθολογικών και των χειρουργικών περιστατικών. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 73% και 67% για ασθενείς που νοσηλεύονται σε Χειρουργικές ΜΕΘ και ΜΕΘ Τραύματος, αντίστοιχα. (Ely et al., 2001)

Το παραλήρημα φαίνεται να εμφανίζεται σε ένα μεγάλο ποσοστό καρκινοπαθών ασθενών στα τελικά στάδια της νόσου. Σε αυτή την κατηγορία ασθενών, οι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου είναι η λήψη οπιοειδών και αντιψυχωσικών, καθώς και η αφυδάτωση.

Ο κατασταλμένος και ο μικτός τύπος παραληρήματος εμφανίζουν την υψηλότερη επίπτωση. Πρόσφατη έρευνα σε 614 ασθενείς της ΜΕΘ ανέδειξε το μικτό τύπο



παραληρήματος ως το συχνότερο (55%). Ο κατασταλαμένος τύπος ακολουθεί σε ποσοστό 43,5% και φαίνεται να αφορά σε ασθενείς ηλικίας >65 ετών σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς σπάνια εμφανίζουν τον κινητικό τύπο του συνδρόμου. (Peterson et al., 2006)

Μεταξύ ασθενών της ΜΕΘ που διαγνώστηκαν με παραλήρημα, το 54% εμφάνισε τον κατασταλαμένο τύπο, ενώ δεν αναδείχθηκε σημαντική σχέση του τύπου του παραληρήματος με τη διάρκεια νοσηλείας και τη θνητότητα στη ΜΕΘ. (Γιαβάση κ.α., 2015)

### **2.3 Παθοφυσιολογία**

Η παθοφυσιολογία του συνδρόμου δεν έχει κατανοηθεί πλήρως. Οι υποθέσεις που έχουν αναπτυχθεί συνηγορούν στο γεγονός ότι η παθογένεια του παραληρήματος σχετίζεται με περισσότερους από έναν παράγοντες. Φαρμακευτικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη χολινεργική και τη δοπαμινεργική οδό φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην έκφραση του συνδρόμου. Τα αυξημένα επίπεδα δοπαμίνης και τα μειωμένα επίπεδα ακετυλοχολίνης έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση του συνδρόμου.

Η μειωμένη εγκεφαλική σύνθεση ακετυλοχολίνης και επινεφρίνης φαίνεται να σχετίζεται με τη γνωσιακή έκπτωση που παρατηρείται στο παραλήρημα. Η δοπαμίνη φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην παθοφυσιολογία του παραληρήματος που παρατηρείται στους ηλικιωμένους ασθενείς και σε αυτούς που εμφανίζουν το σύνδρομο μετά από απόσυρση από το οινόπνευμα. Βάσει πρόσφατης έρευνας που περιέλαβε παθολογικούς και χειρουργικούς ασθενείς ηλικίας >65 ετών, τα γονίδια που εμπλέκονται στη δοπαμινεργική οδό φαίνεται να σχετίζονται με την έκφραση του συνδρόμου.

Αμινοξέα, όπως η φαινυλαλανίνη, η τυροσίνη και η τρυπτοφάνη, τα οποία αποτελούν πρόδρομες ουσίες για νευροδιαβιβαστές που εμπλέκονται στις λειτουργίες της νόησης και της προσοχής, έχουν μελετηθεί και έχουν συσχετιστεί με την παθοφυσιολογία του συνδρόμου. (Γιαβάση κ.α., 2015)

Η τρυπτοφάνη, το αμινοξύ που αποτελεί πρόδρομη ουσία για τη σεροτονίνη και τη μελατονίνη, έχει επίσης συσχετιστεί με το παραλήρημα. Χαμηλά επίπεδά της φαίνεται να διαδραματίζουν ρόλο στην εμφάνιση του κινητικού τύπου παραληρήματος. Στην παθοφυσιολογία του συνδρόμου συμμετέχει και η

φαινυλαλανίνη, αν και ο ακριβής μηχανισμός δεν είναι σαφής. Για την εμφάνιση του κινητικού τύπου παραλήρημα ενοχοποιούνται τα χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης, ενώ για την εμφάνιση του κατασταλμένου τύπου τα υψηλά επίπεδά της.

Τέλος, η φλεγμονώδης οδός με την αυξημένη παραγωγή κυτταροκινών και άλλων παραγόντων της φλεγμονής φαίνεται να πυροδοτεί την εμφάνιση του συνδρόμου. Η υπόθεση αυτή βασίζεται στην επίδραση που ασκεί η φλεγμονή στη διαδικασία της πήξης και έχει ως τελικό αποτέλεσμα δυσμενείς επιπτώσεις σε μικροαγγειακό επίπεδο και αγγειακές θρομβώσεις. Η συγκεκριμένη επίδραση αφορά στα ζωτικά όργανα, όπως τους πνεύμονες και τους νεφρούς, ενώ ακόμη η φλεγμονή αυξάνει τη διαπερατότητα του αιματοεγκεφαλικού φραγμού για τους παράγοντες της φλεγμονής, επηρεάζοντας έτσι και την εγκεφαλική λειτουργία. (Connor et al., 2012)

## 2.4 Προδιαθετικοί παράγοντες παραληρήματος

Υπάρχουν πάρα πολλοί λόγοι οι οποίοι μπορεί να οδηγήσουν σε παραληρηματικές ιδέες. Στις συνηθέστερες όμως αιτίες συγκαταλέγονται:

- Ø Σοβαρές ασθένειες όπως για παράδειγμα καρκίνος, νεφρική ανεπάρκεια κλπ.
- Ø Σοβαρές λοιμώξεις όπως για παράδειγμα μηνιγγίτιδα, λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος κλπ.
- Ø Τοξικές επιδράσεις των φαρμάκων που λαμβάνονται.
- Ø Τραυματισμοί όπως για παράδειγμα σοβαρά τραύματα στο κεφάλι.
- Ø Η κατάχρηση αλκοόλ ή η χρήση ναρκωτικών.
- Ø Η έκθεση σε τοξίνες.
- Ø Ασθένειες που εμφανίζονται στον ασθενή για πρώτη φορά ή που προϋπήρχαν αλλά επιδεινώνονται όπως σοβαρές μολύνσεις, καρδιακή ανεπάρκεια, ουρολοιμώξεις, εγκεφαλικά προβλήματα.
- Ø Σύνδρομο στέρησης από ναρκωτικά ή αλκοόλ.
- Ø Ψυχιατρικές παθήσεις.
- Ø Σοβαρός πόνος, στέρηση ύπνου.
- Ø Σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές. (medlook, 2012)

Όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου οι οποίοι δύναται να παρουσιάσουν αύξηση των πιθανοτήτων εμφάνισης παραληρήματος είναι:

- Ø Ασθένεια που βρίσκεται σε τελικό στάδιο ιδιαίτερα πριν από το θάνατο.
- Ø Σοβαρή ασθένεια, όπως το AIDS.

- Ø Προχωρημένη ηλικία.
- Ø Η παρατεταμένη έλλειψη ύπνου.
- Ø Σοβαρά εγκαύματα.
- Ø Προβλήματα, που σχετίζονται με το κεντρικό νευρικό σύστημα, όπως αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, σπασμοί, όγκων ή άνοια.
- Ø Παθήσεις της όρασης ή ακοής.
- Ø Αφυδάτωση.
- Ø Σοβαρή δυσκοιλιότητα.
- Ø Η εξασθένηση της μνήμης.
- Ø Ανεπάρκεια ορισμένων βιταμινών. (omedicine, 2015)

Τις τελευταίες δεκαετίες, όλο και περισσότερη έρευνα διενεργείται αναφορικά με την αιτιολογία και τους παράγοντες κινδύνου, οδηγώντας στη διατύπωση υποθέσεων και προτάσεων για την πρόληψη και τη θεραπεία του συνδρόμου. Οι περισσότεροι αναγνωρισμένοι παράγοντες κινδύνου είναι η άνοια, το εγκεφαλικό επεισόδιο και η νόσος Parkinson. Περίπου το 50% των ασθενών με παραλήρημα εμφανίζει τους εν λόγω παράγοντες. Η προχωρημένη ηλικία, το γνωσιακό και το αισθητηριακό έλλειμμα (διαταραχή όρασης, ακοής) κατέχουν κύριο ρόλο στην εμφάνιση του συνδρόμου.

Το ιστορικό άνοιας, υπέρτασης και αλκοολισμού, καθώς και η βαρύτητα της νόσου κατά την εισαγωγή, αποτελούν τους βασικούς παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση παραληρήματος στη ΜΕΘ. Το κόμα έχει αναγνωριστεί επίσης ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση του παραληρήματος. (Han et al., 2009)

Ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε εγχείρηση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης και εμφανίζουν το σύνδρομο παρουσιάζουν δυσχερέστερη πρόγνωση σ' ό,τι αφορά στις μετεγχειρητικές επιπλοκές και τη διάρκεια παραμονής τους στη ΜΕΘ και στο χώρο του νοσοκομείου. Βασικός παράγοντας που αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης παραλήρημα μετεγχειρητικά στους συγκεκριμένους ασθενείς είναι τα αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης στον ορό. Άλλους παράγοντες κινδύνου φαίνεται να αποτελούν η προχωρημένη ηλικία, το ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη, η παρατεταμένη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και η εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών μέσα στο πρώτο 24ωρο. (Γιαβάση κ.α., 2015)

Τα τελευταία χρόνια, σε αρκετές έρευνες μελετάται η ποιότητα ύπνου των ασθενών της ΜΕΘ με σκοπό να αποσαφηνιστεί η φύση της σχέσης ύπνος-

παραλήρημα. Δεν είναι σαφές αν η στέρηση ύπνου που παρατηρείται στους ασθενείς της ΜΕΘ αποτελεί αίτιο ή αποτέλεσμα του συνδρόμου. Η ποιότητα και η διάρκεια του ύπνου επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό στο περιβάλλον της ΜΕΘ. Τα συνεχή ηχητικά ερεθίσματα αποτελούν αιτιολογικό παράγοντα, αλλά όχι το βασικότερο. Ο κάθε άνθρωπος εμφανίζει διαφορετικές ικανότητες προσαρμογής στα διαρκή αυτά ηχητικά ερεθίσματα, με αποτέλεσμα σε ένα ιδιαίτερα ηχηρό περιβάλλον τα εν λόγω ηχητικά ερεθίσματα, που άλλοτε θα προκαλούσαν ενόχληση, να είναι υποφερτά. Αντίστοιχα με τον ύπνο, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις και η εκτέλεση διαγνωστικών δοκιμασιών φαίνεται να επιδρούν στον ίδιο βαθμό στη διατάραξη της υπνικής λειτουργίας.

Αυτή η ποιοτική και «ποσοτική» στέρηση ύπνου φέρεται να ασκεί επίδραση στο ανοσοποιητικό σύστημα, στην ανοχή στις λοιμώξεις και στη διαδικασία της επούλωσης. Στα προληπτικά μέτρα που μελετώνται για την εμφάνιση του συνδρόμου έχει συμπεριληφθεί και η φαρμακευτική ή η μη φαρμακευτική προαγωγή του ύπνου. (Friese et al., 2007)

## **2.5 Κλινικά χαρακτηριστικά και συνέπειες παραληρήματος**

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ασθενών της ΜΕΘ, όπως η ανικανότητα ομιλίας που συνοδεύει τη διασωλήνωση, στο παρελθόν αποτέλεσαν εμπόδιο στη διάγνωση του συνδρόμου. Σήμερα, τα βασικά κλινικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου έχουν οριστεί και τα διαγνωστικά εργαλεία για την αναγνώρισή του έχουν προσαρμοστεί στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που εμφανίζουν οι ασθενείς της ΜΕΘ. Συχνά, επικρατεί η λανθασμένη πεποίθηση ότι οι ασθενείς με το σύνδρομο εμφανίζουν παραισθήσεις και αυταπάτες. Ωστόσο, τα συμπτώματα αυτά δεν συνιστούν κριτήρια της διάγνωσης. Οι συναισθηματικές διαταραχές (άγχος, φόβος, θυμός, απάθεια, ευφορία) και οι διαταραχές του ύπνου αποτελούν συχνές εκδηλώσεις του συνδρόμου. (Barr, 2013)

Βασική κλινική εκδήλωση του συνδρόμου αποτελεί ο αποπροσανατολισμός. Συγκεκριμένα, όταν η σύγχυση αφορά σε οικεία πρόσωπα, όπως συγγενείς ή στον ίδιο τον ασθενή, τότε το σύνδρομο θεωρείται σοβαρό. Όσον αφορά στις παραισθήσεις, οι ασθενείς με παραλήρημα συχνά αναφέρεται ότι βιώνουν σωματικά ερεθίσματα που δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα, όπως την παρουσία ενός ανύπαρκτου εντόμου στο σώμα τους. Βασικό, επίσης, χαρακτηριστικό του

παραλήρημα είναι η διακύμανση της εικόνας. Ασθενείς που είναι σε εγρήγορση και προσεκτικοί με τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, άμεσα μπορεί να γίνουν αφηρημένοι και υπνηλικοί. (Γιαβάση κ.α., 2015)

Όσον αφορά τα διαγνωστικά κριτήρια σχετικά με τη συμπτωματολογία του παραληρήματος περιλαμβάνουν:

- Ø Έκπτωση του επιπέδου της συνείδησης, με μειωμένη ικανότητα εστίασης, διατήρησης και μετατόπισης της προσοχής.
- Ø Γνωσιακή έκπτωση (έκπτωση της μνήμης, αποπροσανατολισμός, διαταραχή στην έκφραση λόγου) ή διαταραχή της αντίληψης, η οποία δεν αποδίδεται σε προϋπάρχουσα ή εξελισσόμενη άνοια.
- Ø Ανάπτυξη της διαταραχής εντός σύντομου χρονικού διαστήματος (συνήθως ημέρες ή ώρες) και τάση για διακύμανση της εικόνας κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Ø Ύπαρξη στοιχείων από το ιστορικό, την κλινική εξέταση ή τις εργαστηριακές εξετάσεις, που συνηγορούν στο γεγονός ότι το σύνδρομο σχετίζεται με κάποια οργανική διαταραχή. (DSM-5, 2013)

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα διαγνωστικά κριτήρια του παραληρήματος που αναφέρθηκαν:

## Πίνακας 2: Διαγνωστικά κριτήρια παραληρήματος

<b>ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑΤΟΣ</b>
Έκπτωση του επιπέδου της συνείδησης
Αποπροσανατολισμός
Έκπτωση της μνήμης
Διαταραχή της συνείδησης
Διαταραχή της έκφρασης και του λόγου
Διαταραχή της αντίληψης
Διαταραχή του συναισθήματος

## 2.6 Συμπτώματα παραληρήματος

Οι παραληρηματικές ιδέες εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία περιεχομένου, όπως αναφοράς, καταδίωξης, μεγαλομανίας, θρησκευτικές, υποχονδριακές, ερωτομανιακές, ζηλοτυπικές κ.α. Οι πιο συχνές όμως είναι αυτές της καταδίωξης και της αναφοράς. Η δομή τους είναι παρανοειδής, εξωπραγματική, υπερβολική, χωρίς καμία λογική επιχειρηματολογία. Επιπλέον, είναι συναισθηματικά φορτισμένες. Ο όρος «απώλεια των ορίων του εγώ», περιγράφει την απουσία της αίσθησης του σώματος, του νου και της επίδρασης του ατόμου, σε σχέση με αυτά των έμψυχων ή άψυχων όντων στο περιβάλλον του. (medlook, 2012)

Άλλα συμπτώματα της «απώλειας των ορίων του εγώ» είναι η αίσθηση ότι το άτομο έχει αποσυνδεθεί και συγχωνευθεί με ολόκληρο το σύμπαν ή έχει συγχωνευθεί σωματικά με ένα αντικείμενο του εξωτερικού κόσμου. Οι ιδέες αυτοαναφοράς ή συσχέτισης δίνουν την αίσθηση στο άτομο ότι αποτελεί το επίκεντρο περιβαλλοντικών ερεθισμάτων τα οποία αποκτούν ιδιαίτερη σημασία. Στο παραλήρημα υπάρχει διαταραχή της συνείδησης που χαρακτηρίζεται από αλλοίωση της διανοητικής κατάστασης και αδυναμία συγκέντρωσης με δυσκολία του ατόμου να εστιάζει, να διατηρεί ή να μεταφέρει την προσοχή του για κάτι. (medlook, 2012)

Επιπρόσθετα, στο παραλήρημα εκδηλώνονται αλλαγές στις γνωσιακές δυνατότητες του ασθενούς που είναι οι βασικές πνευματικές λειτουργίες όπως η μνήμη, ο προσανατολισμός χώρου και χρόνου και διαταραχές της ομιλίας. Είναι δυνατόν επίσης να συνυπάρχουν διαταραχές στην αντίληψη δηλαδή του τι πραγματικά συμβαίνει στο περιβάλλον του ασθενούς. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι παραισθήσεις (ο ασθενής ακούει και βλέπει πράγματα που στην πραγματικότητα δεν είναι στο περιβάλλον του), ανωμαλίες της ομιλίας, ανώμαλες κινήσεις (τρέμουλο, τσιμπήματα των ρούχων), διασπαστική ή επιθετική συμπεριφορά και ξαφνικές αλλαγές της διάθεσης. (medlook, 2012)

## 2.7 Διάγνωση παραληρήματος

Για τη διάγνωση του παραληρήματος πρέπει τα σημεία και τα συμπτώματα να έχουν βραχεία περίοδο έναρξης και εγκατάστασης που μπορεί να είναι μερικές ώρες ή μέρες και να μεταβάλλονται κατά τη διάρκεια της ημέρας. Είναι σημαντικό να γίνεται η διαφορά μεταξύ παραληρήματος και της άνοιας όπως για παράδειγμα στη

νόσο Αλτσχάιμερ. Η άνοια είναι μια διαταραχή των πνευματικών λειτουργιών που παρουσιάζει προοδευτική επιδείνωση για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Όταν το παραλήρημα συνυπάρχει με μια άλλη ασθένεια, αυξάνονται οι πιθανότητες απώλειας της ζωής λόγω της ασθένειας αυτής. Η τοποθέτηση της διάγνωσης του παραληρήματος είναι σημαντική διότι η αντιμετώπιση του βελτιώνει τη συνολική του πρόγνωση. Οι ασθενείς που έχουν σοβαρές εγκεφαλικές βλάβες κινδυνεύουν περισσότερο από άλλους να παρουσιάσουν παραλήρημα εξαιτίας μιας άλλης νόσου. (medlook, 2012)

Στο παρελθόν, οι περιπτώσεις του παραληρήματος είχαν θεωρηθεί ως μια αναπόφευκτη επιπλοκή της μακροχρόνιας νοσηλείας στο χώρο της ΜΕΘ, συχνά αποτέλεσμα της υπάρχουσας νόσου και της χορήγησης καταστολής. Πρόσφατα, έρευνες που αναδεικνύουν τις επιπτώσεις του παραληρήματος στη θνητότητα, τη νοσηρότητα και τη διάρκεια νοσηλείας έχουν αλλάξει τα δεδομένα αναφορικά με τη σπουδαιότητα διάγνωσης και αντιμετώπισης του συνδρόμου.

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι στο περιβάλλον της ΜΕΘ οι κλινικοί ιατροί στην Αγγλία σε ποσοστό μόλις 25% ελέγχουν την ύπαρξη του συνδρόμου. Από αυτό το ποσοστό των κλινικών ιατρών, ένα 14% χρησιμοποιεί κάποιο έγκυρο διαγνωστικό εργαλείο. Περίπου έξι εργαλεία για τη διάγνωση του παραληρήματος έχουν προσαρμοστεί στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ασθενών της ΜΕΘ και έχουν επικυρωθεί. (Γιαβάση κ.α., 2015)

Το 2001 δημοσιεύτηκαν δύο εργαλεία για τη διάγνωση του συνδρόμου, η κλίμακα Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) και η κλίμακα Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC). Με τη χρήση των κριτηρίων DSM-IV γινόταν η διάγνωση του συνδρόμου στο παρελθόν από ψυχιάτρους. Η ανάγκη ανάπτυξης εξειδικευμένων για τη ΜΕΘ διαγνωστικών μεθόδων, ικανών για χρήση από όλο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, οδήγησε στην ανάπτυξη των συγκεκριμένων εργαλείων. (Connor, 2012)

Η κλίμακα CAM-ICU αποτελεί προσαρμογή της κλίμακας CAM για ασθενείς της ΜΕΘ, η οποία αναπτύχθηκε το 1990 από τον Dr Inouye για διάγνωση του συνδρόμου από μη ψυχιατρικό προσωπικό. Έχει μεταφραστεί σε 20 γλώσσες, εκτελείται καθημερινά, αξιολογεί τη διανοητική κατάσταση του ασθενούς, τη διακύμανση της εικόνας, την προσοχή, το επίπεδο της συνείδησης και το επίπεδο σκέψης.

Η διάγνωση του παραληρήματος με τη χρήση της CAM-ICU αποτελεί ένα τμήμα της συνολικής αξιολόγησης της συνείδησης. Το πρώτο βήμα της αξιολόγησης περιλαμβάνει τη χρήση της κλίμακας Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). Αυτό το βήμα παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με την ικανότητα του ασθενούς να ανταποκριθεί στην ακόλουθη διαδικασία αξιολόγησης του παραληρήματος. Ασθενείς με βαθμολογία  $\geq 3$  στην κλίμακα RASS θεωρούνται ικανοί να ανταποκριθούν στη διαγνωστική δοκιμασία για το παραλήρημα, έστω και στο ελάχιστο. Στην Ελλάδα, η κλίμακα CAM-ICU έχει μεταφραστεί και επικυρωθεί, και τα αποτελέσματα δείχνουν ότι είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για την ανίχνευση του συνδρόμου σε ΜΕΘ της χώρας. (Connor, 2012)

Η κλίμακα ICDS-C είναι περισσότερο υποκειμενική, περιλαμβάνει στοιχεία που συλλέγονται κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας και εκτελείται κάθε οκτώωρο. Περιλαμβάνει οκτώ πεδία αξιολόγησης που βασίζονται στα διαγνωστικά DSM κριτήρια για το παραλήρημα (διαταραχή επιπέδου συνείδησης, ανικανότητα προσοχής, αποπροσανατολισμός, παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις, διεγερτική συμπεριφορά ή νωθρότητα, διαταραχή διάθεσης, λόγου, κύκλου ύπνου-εγρήγορσης, διακύμανση εικόνας). (Bergeron et al., 2001)

Χρήσιμα, επίσης, για τη διάγνωση του συνδρόμου και του γνωσιακού ελλείμματος είναι τα διαγνωστικά εργαλεία Delirium Index (DI), Mini Mental State Examination (MMSE) και Delirium Rating Scale (DRS). Το DI στηρίζεται στις υποκειμενικές παρατηρήσεις του εξεταστή σχετικά με τον ασθενή και δεν απαιτεί τη συγκέντρωση πληροφοριών από το συγγενικό περιβάλλον ή από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τον ιατρικό φάκελο. Η εν λόγω διαγνωστική δοκιμασία αξιολογεί τη σοβαρότητα της συμπτωματολογίας του παραληρήματος. Χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με το MMSE, ενώ οι βασικοί τομείς που εξετάζονται είναι το επίπεδο της προσοχής, της σκέψης, της συνείδησης και του προσανατολισμού, η μνήμη, η αντίληψη και η ψυχοκινητική δραστηριότητα. (Connor, 2012)

Η διαγνωστική δοκιμασία MMSE αποτελείται από ερωτήσεις οι οποίες παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τη μνήμη, την προσοχή και τα γνωσιακά ελλείμματα. Χρησιμοποιείται από τους κλινικούς ιατρούς σε συνδυασμό με άλλες διαγνωστικές εξετάσεις για τη διάγνωση της άνοιας.

Η διάγνωση του συνδρόμου με την κλίμακα DRS πραγματοποιείται από ψυχιάτρους ή κλινικό προσωπικό που έχει λάβει εξειδίκευση στην Ψυχιατρική. Έχει εφαρμογή σε αρκετά τμήματα, όπως στα γηριατρικά και στα ψυχιατρικά. Η



αξιολόγηση της σοβαρότητας του συνδρόμου με τη χρήση της κλίμακας DRS βασίζεται στην εξέταση και τη βαθμολόγηση δέκα χαρακτηριστικών, κάποια από τα οποία είναι η ταχύτητα της εμφάνισης του συνδρόμου, οι διαταραχές της αντίληψης, τα γνωσιακά ή τα φυσικά ελλείμματα, οι αλλαγές στην ψυχοκινητική δραστηριότητα, στη διάθεση και στις συνήθειες του ύπνου. (Γιαβάση κ.α., 2015)

## **2.8 Βιοδείκτες στη διάγνωση και την πρόβλεψη του παραληρήματος**

Τα τελευταία χρόνια έχει αναδειχθεί ο ρόλος των βιοδεικτών στη διάγνωση και την πρόβλεψη του παραληρήματος. Στη βιβλιογραφία ανευρίσκονται αρκετοί βιοδείκτες που σχετίζονται με την εμφάνιση, τη διάρκεια του παραληρήματος, την επιπλοκή του συνδρόμου με φλεγμονή και σήψη, καθώς και με τη μακροχρόνια γνωσιακή δυσλειτουργία που είναι δυνατόν να οδηγήσει το παραλήρημα. Ένας βιοδείκτης μπορεί να σχετίζεται με το μακροχρόνιο τελικό αποτέλεσμα της νόσου ή να αποτελεί παράγοντα κινδύνου, δηλαδή η παρουσία του να συνδέεται με αύξηση της πιθανότητας νόσησης. (Γιαβάση κ.α., 2015)

Οι πρωτεΐνες S100β και η ειδική νευρωνική ενολάση (NSE) αποτελούν δείκτες εγκεφαλικής βλάβης σε πολλές νόσους, τα επίπεδα των οποίων αυξάνονται σε νευρολογικές διαταραχές που συνοδεύονται από γνωστικό έλλειμμα. Η S100β εκφράζεται από τα αστροκύτταρα και ανήκει στην κατηγορία των ασβεστιοδεσμευτικών πρωτεϊνών. Καταστάσεις που οδηγούν σε βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) και της ακεραιότητας του αιματοεγκεφαλικού φραγμού αυξάνουν τα επίπεδά της. (Γιαβάση κ.α., 2015)

Σχέση μεταξύ της συγκεκριμένης πρωτεΐνης και του παραληρήματος έχει αναδειχθεί σε ασθενείς μετά από χειρουργεία σε κοιλιακή χώρα και σε ισχίο, σε σηπτικούς ασθενείς και σε ασθενείς της ΜΕΘ. Η σχέση μεταξύ κορτιζόλης, IL-6, IL-8, S100β και παραλήρημα μελετήθηκε σε έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2010 σε ασθενείς με κάταγμα ισχίου. Μεταξύ αυτών των βιοδεικτών, η S100β αναδείχθηκε ο πλέον ισχυρός παράγοντας συσχέτισης με το παραλήρημα. Σε περιπτώσεις όπου τα επίπεδα της εν λόγω πρωτεΐνης κυμαίνονται εκτός των φυσιολογικών ορίων φαίνεται να αυξάνει η διάρκεια του παραληρήματος. Έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2009 και αφορούσε στα επίπεδα της S100β και της ειδικής νευρωνικής ενολάσης (NSE) πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από το παραλήρημα σε ασθενείς με κάταγμα ισχίου έδειξε

σημαντική συσχέτιση της S100β με το σύνδρομο. Ωστόσο, απέτυχε να αναδείξει διαφορές στα επίπεδα των συγκεκριμένων βιοδεικτών μεταξύ των τύπων του παραληρήματος. (Van Munster et al., 2010)

## **Κεφάλαιο 3: Πρόγνωση-πρόληψη παραληρήματος στη ΜΕΘ**

### **3.1 Πρόγνωση**

Το παραλήρημα αποτελεί ισχυρό παράγοντα κινδύνου για παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο και στη ΜΕΘ, για επαναδιασωλήνωση, για μακροπρόθεσμη γνωσιακή δυσλειτουργία, ενώ αυξάνει το κόστος νοσηλείας και τη θνητότητα. (Girard et al., 2010)

Σύμφωνα με έρευνες έχει παρατηρηθεί ότι για τους ασθενείς που εμφανίζουν παραλήρημα ο κίνδυνος θανάτου σε διάστημα 6 μηνών είναι τριπλάσιος μετά από προσαρμογή των συγχυτικών παραγόντων όπως είναι για παράδειγμα κώμα, χορήγηση καταστολής και αναλγησίας. (Ely et al., 2004)

Το παραλήρημα αποτελεί καθοριστικό παράγοντα παρατεταμένης παραμονής στο νοσοκομείο. Έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2010 έδειξε ότι η διάρκεια του συνδρόμου αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα συσχέτισης με τη μακροχρόνια γνωσιακή δυσλειτουργία. Το δείγμα για την έρευνα αποτέλεσαν 126 μηχανικά υποστηριζόμενοι ασθενείς, οι οποίοι καθημερινά αξιολογούνταν για την εμφάνιση παραληρήματος. Τα στοιχεία για τη μακροχρόνια γνωσιακή δυσλειτουργία ελήφθησαν 3 μήνες και 12 μήνες μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ από 77 ασθενείς (78%) του αρχικού δείγματος. (Girard, 2010)

Στα χειρουργικά περιστατικά, το μετεγχειρητικό παραλήρημα αποτελεί πολύ συχνή επιπλοκή μετά από μεγάλα χειρουργεία. Η επιπλοκή αυτή αφορά σε μεγαλύτερο βαθμό άτομα προχωρημένης ηλικίας και σχετίζεται με σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές, καθυστερημένη ανάρρωση και παράταση του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο. Επίσης, οι ασθενείς με μετεγχειρητικό παραλήρημα αποτελούν συχνά κίνδυνο για τον εαυτό τους αποσύροντας ενδοτραχειακούς σωλήνες, αρτηριακούς και κεντρικούς φλεβικούς καθετήρες και σωλήνες παροχέτευσης. (Aizawa et al., 2002)

Οι ασθενείς της ΜΕΘ παρουσιάζουν συχνότερα τον κατασταλαμένο και μικτό τύπο παραληρήματος. Ανάλογα με τον τύπο παραληρήματος που εμφανίζει ο ασθενής, η πρόγνωση διαφέρει. Όσον αφορά στους παθολογικούς νοσηλευόμενους ασθενείς, ο κατασταλαμένος τύπος σχετίζεται με υψηλότερη θνητότητα και παράταση της διαμονής στο νοσοκομείο. Η πρόγνωση διαφέρει για τους ασθενείς που έχουν υποστεί χειρουργική αποκατάσταση ισχίου. Σε αυτούς τους ασθενείς, ο κατασταλαμένος τύπος

παραληρήματος φαίνεται να σχετίζεται με χαμηλότερη θνητότητα συγκρινόμενος με τον κινητικό τύπο του συνδρόμου. Ο κατασταλμένος και μικτός τύπος παραληρήματος παραμένουν συχνά αδιάγνωστοι σε τμήματα όπου δεν χρησιμοποιούνται διαγνωστικά εργαλεία του παραληρήματος. Μια επί πλέον αρνητική επίδραση του συνδρόμου αφορά στην οικονομική επιβάρυνση των ασθενών στο νοσοκομείο. Οι ασθενείς με παραλήρημα επιβαρύνονται με επί πλέον δαπάνες νοσηλείας. Όσο αυξάνεται η διάρκεια και η βαρύτητα του συνδρόμου η αύξηση αυτή του κόστους φαίνεται να μεγαλώνει. (Γιαβάση κ.α., 2015)

### 3.2 Πρόληψη

Κλινικές έρευνες και μελέτες παρατήρησης που διερευνούν τη σχέση του συνδρόμου με παράγοντες κινδύνου, όπως με τη χρήση αναλγησίας, καταστολής και αντιχολινεργικής αγωγής, διαφωτίζουν τον τομέα της πρόληψης και της αντιμετώπισης του παραληρήματος. Η πλειοψηφία των συστηματικών ανασκοπήσεων που περιλαμβάνουν πρόσφατες και παλαιότερες έρευνες καταλήγουν σε προτάσεις και όχι σε συμπεράσματα, λόγω περιορισμών στη μεθοδολογία αυτών. (Γιαβάση κ.α., 2015)

Κλειδί στην ανάδειξη των μέτρων που μπορεί να αποβούν προληπτικά της εμφάνισης ή της διάρκειας του συνδρόμου είναι η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου. Το 1998, ο Inouye διαχώρισε σε προ-νοσοκομειακούς και νοσοκομειακούς τους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης του παραληρήματος.

Οι προ-νοσοκομειακοί παράγοντες είναι:

- Προβλήματα όρασης
- Γνωστική έκπτωση
- Σοβαρή νόσος
- BUN/κρεατινίνη  $\geq 18$

Οι νοσοκομειακοί παράγοντες κινδύνου είναι:

- Η χρήση φυσικού περιορισμού
- Ο υποσιτισμός
- Η αγωγή με  $>3$  φάρμακα
- Η χρήση ουροκαθετήρα

- Οποιαδήποτε νοσηρή κατάσταση ή γεγονός (π.χ. πνευμονική εμβολή, νοσοκομειακή λοίμωξη ή ακούσιος τραυματισμός, όπως πτώση). (Inouye, 1998)

Σε γενική ΜΕΘ, μεταξύ 614 νοσηλευόμενων ασθενών, η προχωρημένη ηλικία, η υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα APACHE II και η ανάγκη μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής κατά την είσοδο φάνηκε να σχετίζονται σημαντικά με τον κατασταλαμένο τύπο του συνδρόμου και αποτέλεσαν ισχυρούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη παραληρήματος. (Peterson 2006)

Σε άλλη έρευνα που συμπεριέλαβε νοσηλευόμενους ασθενείς της ΜΕΘ, η ηλικία δεν βρέθηκε να διαδραματίζει κάποιο ρόλο στην εμφάνιση του συνδρόμου. Ωστόσο, η βαρύτητα του περιστατικού κατά την είσοδο (APACHE II) και το ιστορικό υπέρτασης και αλκοολισμού σχετίστηκαν με τον κίνδυνο ανάπτυξης του συνδρόμου. Η κακή θρέψη, τα υψηλά επίπεδα λευκών, η υποξαιμία, η υπολευκωματιναιμία και οι μεταβολικές διαταραχές έχουν χαρακτηριστεί ως αιτιολογικοί παράγοντες του παραληρήματος σε αρκετές έρευνες. (Ouimet 2007)

Όσον αφορά στα καρδιοχειρουργικά περιστατικά, η προχωρημένη ηλικία αποτελεί ισχυρό προδιαθεσικό παράγοντα, ενώ άλλοι παράγοντες που αναφέρονται στη βιβλιογραφία είναι η σοβαρή ισχαιμία των κάτω άκρων και η παρατεταμένη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης. (Γιαβάση κ.α., 2015)

Σε ασθενείς που χρήζουν μηχανικής αναπνευστικής υποστήριξης, η σήψη και η υπολευκωματιναιμία φαίνεται να σχετίζονται σημαντικά με την πρόιμη έναρξη του συνδρόμου. Ο πόνος που δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς κατά τη διεγχειρητική περίοδο έχει επίσης χαρακτηριστεί ως ισχυρός παράγοντας κινδύνου. Έρευνα σε ασθενείς ηλικίας 50 ετών και άνω που υποβάλλονται σε μείζονα, μη καρδιολογική, χειρουργική επέμβαση αναδεικνύει την εν λόγω σχέση του πόνου με το παραλήρημα. Οι ασθενείς που ανέπτυξαν το σύνδρομο κατέγραψαν υψηλότερη βαθμολογία στις δοκιμασίες αξιολόγησης του πόνου κατά την κατάκλιση. (Lynch et al., 1998)

Η μη επαρκής αναλγησία φαίνεται ότι μπορεί να πυροδοτήσει την εμφάνιση του συνδρόμου, με την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς και σύγχυσης. Στον αντίποδα, η αναλγητική χρήση οπιοειδών έχει δειχθεί ότι επισπεύδει και αυξάνει τη διάρκεια του συνδρόμου. Οι βασικές αρχές πρόληψης και θεραπείας, όπως έχουν διατυπωθεί από τον Francis, περιλαμβάνουν την αποφυγή γνωστών αιτιολογικών και εκλυτικών παραγόντων για το παραλήρημα, την αναγνώριση και τη θεραπεία της υποκείμενης νόσου, την παροχή υποστηρικτικών μέτρων σε περιπτώσεις

αισθητηριακού ελλείμματος και τον έλεγχο όλων των συμπεριφορών που παρεμποδίζουν την τήρηση των ανωτέρω. (Γιαβάση κ.α., 2015)

### **3.2.1 Φαρμακευτικά μέτρα πρόληψης**

Για την πρόληψη του συνδρόμου δεν συστήνεται η χρήση φαρμακευτικής αγωγής (αναστολείς χολινεστεράσης, καταστολή, αντιψυχωσικά). Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρέχει η σύγχρονη βιβλιογραφία, η προφυλακτική χορήγηση φαρμάκων για μείωση του κινδύνου ή της επίπτωσης του παραληρήματος δεν υποστηρίζεται, καθώς δεν φαίνεται να παρέχει κανένα όφελος προς τον ασθενή. Η προφυλακτική για την εμφάνιση του συνδρόμου χρήση αναστολέων χολινεστεράσης (ριβαστιγμίνη) έχει προταθεί σε μετεγχειρητικούς και ηλικιωμένους ασθενείς με και χωρίς άνοια και σε ασθενείς μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. (Γιαβάση κ.α., 2015)

Οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του συνδρόμου αναφέρουν ότι δεν υπάρχουν στοιχεία που να τεκμηριώνουν τη μείωση της διάρκειας του συνδρόμου μετά από τη χρήση ριβαστιγμίνης. Σήμερα, δεν συστήνεται η προφυλακτική ή η θεραπευτική χρήση της στη διαχείριση του συνδρόμου. Σε έρευνα που αφορούσε σε μετεγχειρητικά περιστατικά φάνηκε ότι ο έλεγχος του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης με συνδυασμό οπιοειδών και βενζοδιαζεπινών μειώνει την επίπτωση του παραληρήματος χωρίς σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με την αγωγή. (Barr et al., 2013)

### **3.2.2 Μη φαρμακευτικά μέτρα πρόληψης**

Οι έρευνες που μελετούν προληπτικές μεθόδους για την εμφάνιση του συνδρόμου αφορούν κυρίως σε τμήματα εκτός της ΜΕΘ (π.χ. χειρουργικά τμήματα, γηριατρικές κλινικές), ενώ η μεθοδολογία τους δεν είναι συχνά ιδιαίτερα αυστηρή. Στις κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του συνδρόμου, η έγκαιρη κινητοποίηση συστήνεται ως βασικό προληπτικό μέτρο. (Barr et al., 2013)

Οι Brahmhatt et al, σε πρόσφατη έρευνα που συμπεριέλαβε 104 μηχανικά υποστηριζόμενους ασθενείς της ΜΕΘ, μελέτησαν το όφελος της καθημερινής διακοπής της καταστολής και της καθημερινής κινητοποίησης και εργοθεραπείας. Αυτές οι παρεμβάσεις οδήγησαν σε σημαντική μείωση της διάρκειας του παραληρήματος και της διάρκειας παραμονής στο μηχανικό αερισμό.

Η χρήση περιοριστικών μέτρων σε ασθενείς που εμφανίζουν το σύνδρομο αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για αύξηση της επιθετικότητας και για παράταση

του συνδρόμου. Συστήνεται ο περιορισμός της συγκεκριμένης πρακτικής και η αντικατάσταση αυτής με άλλες εναλλακτικές λύσεις, όπως τη συνεχή παρακολούθηση του ασθενούς από κάποιο συγγενικό πρόσωπο. (Γιαβάση κ.α., 2015)

Στη βιβλιογραφία ανευρίσκονται αρκετές ανασκοπήσεις, οι οποίες στόχο έχουν να αποτιμήσουν την αποτελεσματικότητα πολυσύνθετων παρεμβάσεων στην πρόληψη του παραληρήματος. Στις κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του συνδρόμου περιλαμβάνονται έρευνες που μελετούν τις σχετικές παρεμβάσεις και χρονολογούνται από το 1992–2007. (Barr et al., 2013)

Σύμφωνα με τη μεθοδολογία τους, δύο έρευνες θεωρήθηκαν αξιόπιστες, αυτές των Inouye et al και των Marcantonio et al. Οι παρεμβάσεις αυτές, των οποίων η εφαρμογή αναφέρεται σε όλο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, έχουν φανεί προληπτικές όσον αφορά στην εμφάνιση του συνδρόμου. (Γιαβάση κ.α., 2015)

Στην προσπάθεια να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα των μη φαρμακευτικών προληπτικών παρεμβάσεων, στην έρευνα των Inouye et al εφαρμόστηκε ένα πρωτόκολλο «εξάλειψης» έξι γνωστών παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση του παραληρήματος (γνωσιακή δυσλειτουργία, στέρηση ύπνου, ακινησία, διαταραχές της όρασης, προβλήματα ακοής, αφυδάτωση). Οι πολυσύνθετες παρεμβάσεις συμπεριέλαβαν τα εξής:

- Πρωτόκολλο επαναπροσανατολισμού,
- θεραπευτικές δραστηριότητες με γνωστικά ερεθίσματα 3 φορές/ημέρα,
- μη φαρμακευτικά μέτρα αποκατάστασης του ύπνου,
- πρόωμη κινητοποίηση,
- χρήση οπτικοακουστικών μέσων και βοηθημάτων σε περιπτώσεις ελλείμματος,
- τήρηση πρωτοκόλλου ενυδάτωσης.

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 852 ασθενείς, ηλικίας >70 ετών και τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν σημαντική μείωση του αριθμού και της διάρκειας των επεισοδίων παραληρήματος. Οι εν λόγω παρεμβάσεις δεν φάνηκε να ασκούν σημαντική επίδραση στη σοβαρότητα του συνδρόμου ή στην επίπτωση της επανεμφάνισής του. (Inouye et al, 1999)

Η έρευνα των Marcantonio et al. στις πολυσύνθετες προληπτικές παρεμβάσεις περιέλαβε εκτός των άλλων και πρωτόκολλο επαρκούς οξυγόνωσης του ΚΝΣ, διαχείρισης υγρών και ηλεκτρολυτών, αντιμετώπισης του πόνου (1 g παρακεταμόλη 4

φορές/ημέρα), επαρκούς λήψης θερμίδων, κινητοποίησης του εντέρου, πρόληψης μετεγχειρητικών επιπλοκών, καθημερινής αξιολόγησης της αναγκαιότητας της φαρμακευτικής αγωγής και πρωτόκολλο διαχείρισης της επιθετικότητας ως απόρροια του συνδρόμου (παρουσία συγγενικού προσώπου ή χαμηλή δόση αλοπεριδόλης – σε αντένδειξη, χαμηλή δόση λοραζεπάμης). Οι ασθενείς της μελέτης ήταν ασθενείς με κάταγμα ισχίου ηλικίας >65 ετών που εισάγονταν επειγόντως στο νοσοκομείο για χειρουργική αποκατάσταση. Παρά τη μη επίδραση των παρεμβάσεων στη συνολική διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο, η μείωση της επίπτωσης του συνδρόμου ήταν ιδιαίτερα σημαντική. (Marcantonio et al., 2001)

Αξίζει να αναφερθεί η μουσικοθεραπεία ως προληπτική παρέμβαση. Δύο έρευνες που διεξήχθησαν σε ορθοπαιδικά μετεγχειρητικά τμήματα έδειξαν σημαντική μείωση της επίπτωσης του συνδρόμου και μικρότερη διάρκεια των συγχυτικών επεισοδίων. Ωστόσο, στις κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη του παραληρήματος αναφέρονται αρκετές ανακρίβειες στη μεθοδολογία τους, όπως η μη χρησιμοποίηση έγκυρων εργαλείων αναγνώρισης του συνδρόμου. (Γιαβάση κ.α., 2015)

Στις κατευθυντήριες οδηγίες του 2013 για την αντιμετώπιση του πόνου, της επιθετικότητας και του παραληρήματος συστήνεται ως μοναδική προληπτική παρέμβαση που έχει ισχυρή ένδειξη για μείωση της επίπτωσης και της διάρκειας του παραληρήματος η πρόωπη κινητοποίηση, όποτε αυτό είναι εφικτό. Επίσης, για την καλύτερη έκβαση των περιστατικών της ΜΕΘ συστήνεται η καθημερινή διακοπή της καταστολής για κάποιο χρονικό διάστημα και ελαφρύ επίπεδο καταστολής στους μηχανικά υποστηριζόμενους ασθενείς της ΜΕΘ. (Barr et al., 2013)



## Κεφάλαιο 4: Στρατηγικές αντιμετώπισης παραληρήματος

### 4.1 Εισαγωγή

Σχετικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης του συγκεκριμένου συνδρόμου γίνεται αναφορά είτε στη θεραπεία της υποκείμενης νόσου που πυροδοτεί την εμφάνιση του συνδρόμου, είτε στη διαχείριση της επικίνδυνης συμπεριφοράς, είτε στην υποστηρικτική θεραπεία που μειώνει τη διάρκεια του παραληρήματος και πιθανόν να αποτρέπει την επανεμφάνισή του. Το πρώτο βήμα στη θεραπεία είναι η αναγνώριση του οργανικού ψυχοσυνδρόμου με τη βοήθεια αξιόπιστων και έγκυρων εργαλείων. Το δεύτερο βήμα είναι η αναγνώριση των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου και η διενέργεια παρεμβάσεων με σκοπό την εξάλειψή τους. (Γιαβάση κ.α., 2015)

Η αντιμετώπιση του παραληρήματος είναι πολύπλοκη και βασίζεται στην αναγνώριση της αιτίας που το προκαλεί. Η θεραπεία της γενεσιουργού αιτίας συμβάλλει καθοριστικά στην επίλυση του προβλήματος. Είναι δυνατόν να χρειαστεί υποστηρικτική θεραπεία για τις ζωτικές λειτουργίες του ασθενούς όπως μηχανική αναπνοή και φαρμακευτική αγωγή.

Στις περιπτώσεις που το παραλήρημα δεν μπορεί να εξηγηθεί από οργανικές, σωματικές ασθένειες, παρενέργειες φαρμάκων ή έκθεση του ασθενούς σε δηλητήρια τότε απαιτείται ψυχιατρική αξιολόγηση και θεραπεία. Μπορεί να χρειαστούν αντιψυχωτικά φάρμακα για την αντιμετώπιση του παραληρήματος. Οι βενζοδιαζεπίνες που είναι φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση του άγχους (αγχολυτικά) μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη θεραπεία για το παραλήρημα ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που αυτό οφείλεται σε σύνδρομο στέρησης ναρκωτικών ή άλλων ουσιών. Είναι απαραίτητο να εξετάζονται όλα τα φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής και να αξιολογείται εάν κάποιο από αυτά δυνατόν να προκαλεί το παραλήρημα. Η χορήγηση βιταμίνης Β πρέπει να εξετάζεται σε αλκοολικούς ή υποσιτισμένους ασθενείς.

Εάν καμία θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική στο να ηρεμήσει ασθενή με παραλήρημα που κινδυνεύει να προκαλέσει τραυματισμούς στον εαυτό του ή σε άλλους τότε πιθανόν να χρειάζεται περιορισμός του για μικρό χρονικό διάστημα σε χώρο με μαλακές επιφάνειες χωρίς να υπάρχει κίνδυνος αυτοτραυματισμού του. Ο στόχος της θεραπείας στο παραλήρημα είναι ο έλεγχος και η υποχώρηση των συμπτωμάτων. Η πρόληψη βασίζεται στην αντιμετώπιση των αιτιών που το προκαλούν. (medlook, 2012)

## 4.2 Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Η αλοπεριδόλη ανήκει στην κατηγορία των κλασικών αντιψυχωσικών φαρμάκων. Δρα μέσω αποκλεισμού των υποδοχέων D2 της ντοπαμίνης στις εγκεφαλικές συνάψεις και στα βασικά γάγγλια. Η εμφάνιση εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων οφείλεται σε αυτή τη δράση. Ο χρόνος ημιζωής της αλοπεριδόλης είναι 18–54 ώρες. Η βέλτιστη δόση της δεν έχει οριστεί. Οι υψηλές δόσεις του φαρμάκου (>400 mg την ημέρα) έχουν ενοχοποιηθεί για παράταση του διαστήματος QT στο ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ). (Jacobi et al., 2002)

Όταν η δέσμευση των υποδοχέων της ντοπαμίνης υπερβαίνει το 70%, προκαλείται η εμφάνιση των εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων. Ανά τον κόσμο, η αλοπεριδόλη είναι η πρώτη φαρμακευτική επιλογή στη διαχείριση ασθενών που εμφανίζουν το σύνδρομο. Στην κλινική πράξη έχει μελετηθεί η προφυλακτική δράση της χορήγησης αλοπεριδόλης σε χαμηλές δόσεις ως προς την εμφάνιση του παραληρήματος.

Καμιά προοπτική κλινική μελέτη της τελευταίας δεκαετίας δεν έχει κατορθώσει να επαληθεύσει την αποτελεσματικότητα του συγκεκριμένου φαρμάκου στην αντιμετώπιση του συνδρόμου. Αξιοσημείωτος είναι, ωστόσο, ο περιορισμός της εκδήλωσης επιθετικότητας και η μείωση της χορήγησης οπιοειδών και κατασταλτικών σε ασθενείς που λαμβάνουν αλοπεριδόλη. (Γιαβάση κ.α., 2015)

Οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του συνδρόμου αναφέρουν ότι δεν υπάρχουν δημοσιευμένα στοιχεία που να συνηγορούν στη μείωση της διάρκειας του συνδρόμου μετά από χορήγηση αλοπεριδόλης. Πάρα το γεγονός ότι η χορήγηση του φαρμάκου για την αντιμετώπιση του συνδρόμου δεν υποστηρίζεται ερευνητικά επαρκώς, στην καθημερινή κλινική πράξη θεωρείται το πρώτο φάρμακο εκλογής. Η χρήση του συγκεκριμένου φαρμάκου συστήνεται από δύο μεγάλους οργανισμούς, τον Intensive Care Society και τον American College of Critical Care Medicine για την αντιμετώπιση του παραληρήματος. (Connor, 2012)

Τα άτυπα αντιψυχωσικά είναι η δεύτερη κατηγορία των νευροληπτικών φαρμάκων. Τα εν λόγω φάρμακα και ειδικά κάποια αυτής της κατηγορίας, όπως η κλοζαπίνη, δεσμεύουν σε μικρότερο βαθμό τους D2 υποδοχείς και σε μεγαλύτερο βαθμό τους υποδοχείς της σεροτονίνης. Η παράταση του QT διαστήματος στο ΗΚΓ που αφορά στη λήψη νευροληπτικών είναι ικανή να οδηγήσει σε σοβαρή κοιλιακή αρρυθμία, όπως στο σύνδρομο ταχυκαρδίας δίκην ριπιδίου (torsades de pointes).

Στην κατηγορία των άτυπων αντιψυχωσικών ανήκουν η κλοζαπίνη, η ρισπεριδόνη, η ολανζαπίνη, η κουετιαπίνη, η ζιπρασιδόνη και η αμισουλπρίδη. Το κόστος της αγωγής με αυτή την κατηγορία νευροληπτικών φαίνεται να είναι το ίδιο ή σχετικά μικρότερο συγκρινόμενο με εκείνο των κλασικών αντιψυχωσικών (αλοπεριδόλη). Λιγότερες φαίνεται να είναι και οι ανεπιθύμητες ενέργειες (εξωπυραμιδικά συμπτώματα, καταστολή, ορθοστατική υπόταση, αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες) κατά τη χορήγηση των άτυπων νευροληπτικών. Τα νεότερα φάρμακα της σχετικής κατηγορίας (κουετιαπίνη, ρισπεριδόνη, ζιπρασιδόνη, ολανζαπίνη) φαίνεται να παρουσιάζουν παρόμοια αποτελεσματικότητα με την αλοπεριδόλη στη θεραπεία του παραληρήματος. (Barr et al., 2013)

Η ολανζαπίνη θεωρήθηκε ένα αποτελεσματικό και ασφαλές εναλλακτικό φάρμακο στη θεραπεία του παραληρήματος. Οι ασθενείς που έλαβαν το συγκεκριμένο φάρμακο δεν παρουσίασαν κάποια ανεπιθύμητη ενέργεια, σε αντίθεση με όσους έλαβαν αλοπεριδόλη, από τους οποίους ένα μικρό ποσοστό εμφάνισε εξωπυραμιδικά συμπτώματα.

Η χρήση αντιψυχωσικών δεν συστήνεται σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης torsades de pointes. Ασθενείς υψηλού κινδύνου για την εν λόγω κοιλιακή αρρυθμία θεωρούνται αυτοί με επιμήκυνση του QT διαστήματος, ασθενείς που λαμβάνουν αγωγή η οποία επιμηκύνει το QT διάστημα και όσοι έχουν ιστορικό της συγκεκριμένης αρρυθμίας. (Γιαβάση κ.α., 2015)

Οι βενζοδιαζεπίνες ενεργοποιούν τους υποδοχείς GABAA στον εγκέφαλο. Οι ιδιότητές τους είναι κυρίως αγχολυτικές, κατασταλτικές, υπνωτικές, αμνησιακές, αντιεπιληπτικές, αλλά όχι αναλγητικές. Η μιδαζολάμη και η διαζεπάμη είναι ιδιαίτερα λιπόφιλες, ειδικά συγκρινόμενες με τη λοραζεπάμη, οδηγώντας σε ταχεία έναρξη καταστολής και υψηλό όγκο κατανομής. Απαιτείται προσοχή κατά τη χορήγηση των βενζοδιαζεπινών καθώς μπορούν να προκαλέσουν αναπνευστική καταστολή και υπόταση, ειδικότερα όταν συγχωρηγούνται άλλοι κατασταλτικοί παράγοντες, όπως τα οπιοειδή. (Barr et al., 2013)

Η προποφόλη, ένα κατασταλτικό με παρόμοιες ιδιότητες, λόγω της υψηλής λιποδιαλυτότητάς της χαρακτηρίζεται από ταχύτατη έναρξη της δράσης της. Η μιδαζολάμη και η προποφόλη αποτελούν τα κυρίαρχα φαρμακευτικά μέσα καταστολής στους ασθενείς της ΜΕΘ.

Σήμερα, η χρήση των βενζοδιαζεπινών ενδείκνυται στην αντιμετώπιση του παραληρήματος που οφείλεται σε απόσυρση από το οινόπνευμα ή σε περιπτώσεις αντένδειξης στη χορήγηση νευροληπτικών. (Γιαβάση κ.α., 2015)

Ο οργανισμός National Institute for Health and Care Excellence (NICE) εξέδωσε το 2010 βασικά μέτρα πρόληψης και θεραπείας του οργανικού ψυχοσυνδρόμου όπως θα αναλυθεί και σε επόμενο κεφάλαιο. Οι εν λόγω βασικές οδηγίες διαχείρισης του παραληρήματος περιλαμβάνουν τα περισσότερα από τα προληπτικά και φαρμακευτικά μέτρα πρόληψης και θεραπείας που προαναφέρθηκαν. (Γιαβάση κ.α., 2015)

### **4.3 Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση**

Οι μη φαρμακευτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις μοιάζουν με τις προληπτικές. Στα μη φαρμακευτικά μέτρα αντιμετώπισης περιλαμβάνονται γενικά μέτρα αποκατάστασης αισθητηριακών ελλειμμάτων (χρήση οπτικών γυαλιών, ακουστικών βοηθημάτων) και βελτίωσης του περιβάλλοντα χώρου (επαναπροσανατολισμός, μειωμένοι σε ένταση θόρυβοι, βελτίωση υπνικής λειτουργίας, έγκαιρη κινητοποίηση). (Connor, 2012)

Έχει φανεί ότι η εκπαίδευση του προσωπικού σχετικά με το σύνδρομο και τα προγράμματα με το νοσηλευτικό προσωπικό σε παρεμβατικό ρόλο επιφέρουν ευεργετικά αποτελέσματα τόσο στην εμφάνιση του συνδρόμου όσο και στην πρόγνωση, γενικά, των περιστατικών.

Σε έρευνα του 2005, μελετήθηκε το όφελος της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και της εφαρμογής ενός προσωποκεντρικού μοντέλου φροντίδας σε 400 ασθενείς ηλικίας >70 ετών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, τέτοιες παρεμβάσεις μειώνουν τη διάρκεια του παραληρήματος, την παραμονή στο νοσοκομείο και τη θνησιμότητα στους ασθενείς που εμφανίζουν το σύνδρομο. (Lundström et al., 2005)

Σε έρευνα του 2001, παρατηρήθηκε ότι ένα πρόγραμμα παρέμβασης που περιλαμβάνει την εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, την καθημερινή αξιολόγηση του παραληρήματος και της γνωσιακής λειτουργίας, τη χρήση ενός πρωτοκόλλου διαχείρισης του πόνου και συμβουλευτικής μπορεί να μειώσει τη διάρκεια και τη σοβαρότητα του συνδρόμου. (Milisen et al., 2001)

Όσον αφορά στο επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών, στην Ελλάδα, έρευνα που διεξήχθη σε παθολογικές και χειρουργικές κλινικές έδειξε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει σημαντικές γνωστικές ελλείψεις αναφορικά με το ψυχικό σύνδρομο. Σε ανοικτή ερώτηση σχετικά με το τι γνωρίζουν για τη φροντίδα ασθενών με παραλήρημα, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων εμφάνισε αδυναμία να απαντήσει με σαφήνεια. Πιο συγκεκριμένα: Στις 17 από τις 28 ερωτήσεις που σχετίζονταν με το παραλήρημα, οι νοσηλευτές στην πλειονότητά τους απάντησαν λανθασμένα ή ότι δεν γνώριζαν. Επίσης, το 63,8% των ερωτώμενων αδυνατούσε να απαντήσει με σαφήνεια στις ανοιχτές ερωτήσεις για τη φροντίδα ασθενών με παραλήρημα. Οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 82,4% ανέφεραν ότι παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς με παραλήρημα που βασίζεται μόνο στις οδηγίες των ιατρών. Το 44,4% απάντησε ότι η αντιμετώπιση των ασθενών με συμπτώματα παραληρήματος συνίσταται στη χορήγηση αγχολυτικών και ηρεμιστικών, στην παραμονή οικείου προσώπου κοντά στον ασθενή και το 80,5% στην εφαρμογή σωματικού περιορισμού για τον έλεγχο της ανησυχίας του. Το 67,5% των ερωτώμενων επισήμανε ότι δεν είχαν διδαχθεί στη διάρκεια των προπτυχιακών τους σπουδών για το παραλήρημα. Από την ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης βρέθηκε ότι οι επιπλέον σπουδές (η νοσηλευτική ειδικότητα και οι μεταπτυχιακές σπουδές) επιδρούν θετικά σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ( $p < 0.05$ ). Μέσα από αυτή την έρευνα συμπεραίνεται ότι η εκπαίδευση των νοσηλευτών για το παραλήρημα σε προπτυχιακό επίπεδο είναι αναγκαίο να ενσωματωθεί στο πρόγραμμα σπουδών τους. Παράλληλα θα πρέπει να λειτουργήσουν προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης που να παρέχουν γνώσεις στους νοσηλευτές για την έγκαιρη εκτίμηση του παραληρήματος καθώς και για το σχεδιασμό αποτελεσματικής νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών. (Ουζούνη, Νακάκης, 2012)

Στην ίδια κατηγορία παρεμβάσεων ανήκει η αναγνώριση και η θεραπεία της υποκείμενης νοσολογικής οντότητας που πυροδοτεί ή ευθύνεται για την εμφάνιση του συνδρόμου. Οι νοσηρές καταστάσεις που αποτυπώνονται στην πλειοψηφία των προοπτικών ερευνών του παραληρήματος είναι:

- Διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτών
- Λοιμώξεις
- Τοξικότητα φαρμάκων
- Μεταβολικές διαταραχές
- Μειωμένη καρδιακή παροχή (shock, καρδιακή ανεπάρκεια)

- Απόσυρση από οινόπνευμα ή κατασταλτικά. (Γιαβάση κ.α., 2015)

## **Κεφάλαιο 5: Διέγερση και παραλήρημα στη ΜΕΘ και νοσηλευτική παρέμβαση**

### **5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη ΜΕΘ και στους ασθενείς με διέγερση και παραλήρημα**

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) λειτουργεί ως αυτόνομο τμήμα του νοσοκομείου, που απαιτεί εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό για τη στελέχωσή της και εξελιγμένη ιατρική τεχνολογία για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία της. Σκοπός της ΜΕΘ, είναι η υποστήριξη και η 24ωρη παρακολούθηση της λειτουργίας των ζωτικών οργάνων και συστημάτων του οργανισμού των βαρέως πασχόντων ασθενών, που δυσλειτουργούν ή δεν επαρκούν έτσι ώστε να διεξαχθεί πλήρης διαγνωστικός έλεγχος και να εφαρμοσθεί η καλύτερη δυνατή θεραπευτική αντιμετώπιση. Για την επίτευξη του στόχου αυτού, θα πρέπει να υπάρξει άρτια συνεργασία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, κατάλληλος ιατρικός εξοπλισμός και κατάλληλη χωροταξική δομή έτσι ώστε να παρέχεται στον ασθενή το καλύτερο δυνατόν θεραπευτικό περιβάλλον. (Αδάμου κ.α., 2011)

Ο νοσηλευτής που εργάζεται στη ΜΕΘ πρέπει να διακατέχεται από ερευνητικό πνεύμα, υπευθυνότητα, αποτελεσματικότητα, να έχει ικανότητες επικοινωνίας, να είναι δημιουργικός και να χαρακτηρίζεται από συναισθηματική ωριμότητα. Επιπλέον, να είναι ειδικευμένος, εκπαιδευμένος και εξοικειωμένος με την χρήση της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Ομοσπονδία Νοσηλευτών Εντατικής Θεραπείας, ο εξειδικευμένος νοσηλευτής εντατικής θεραπείας παρέχει ολιστική φροντίδα, σε βαριά πάσχοντες ασθενείς, συνδυάζοντας την εξειδικευμένη γνώση, τις τεχνικές δεξιότητες και τις ανθρωπιστικές αξίες. (Williams et al., 2006)

Στη ΜΕΘ οι νοσηλευτές είναι επιφορτισμένοι με τη γενική φροντίδα και τη συνεχή παρακολούθηση του βαριά πάσχοντος. Η συνεχής και εντατική παρακολούθηση του ασθενούς, που εξασφαλίζεται μέσω της αυξημένης αναλογίας νοσηλευτών/ασθενών και με τη χρήση υψηλής τεχνολογίας αποτελεί μία από τις βασικές διαφορές μεταξύ ΜΕΘ και νοσηλευτικών τμημάτων και ταυτόχρονα αντανakλά το εύρος της απαιτούμενης κλινικής γνώσης και δεξιοτήτων ώστε να μπορέσει ο νοσηλευτής ΜΕΘ να ανταποκριθεί με επάρκεια στο ρόλο του. (Αδάμου κ.α., 2011)

Πολύ μεγάλο ρόλο διαδραματίζουν οι κλινικές δεξιότητες του νοσηλευτή στη ΜΕΘ οι οποίες είναι οι εξής:

- Ø Μέτρηση και παρακολούθηση: αρτηριακής πίεσης, κεντρικής φλεβικής πίεσης, πιέσεων στην πνευμονική, θερμοαραιώση, αιμοδυναμικό monitoring με καθετήρα πνευμονικής αρτηρίας.
- Ø Άμεσες εξετάσεις αίματος και ούρων και καταγραφή.
- Ø Πρόληψη και φροντίδα επιπλοκών από μακροχρόνια κατάκλιση.
- Ø Πρόληψη λοιμώξεων, φροντίδα κεντρικών και περιφερικών καθετήρων.
- Ø Χορήγηση οξυγόνου με όλους τους τρόπους.
- Ø Χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς.
- Ø Γενική και τοπική καθαριότητα του ασθενή.
- Ø Φροντίδα παροχετεύσεων και στομιών.
- Ø Φροντίδα λειτουργίας του εντέρου και ρύθμιση των κενώσεων.
- Ø Τεχνητή διατροφή και αξιολόγηση θρέψης.
- Ø Μέτρηση και ρύθμιση του ισοζυγίου κ.α. (Thijs et al., 1996)

Το παραλήρημα συνυπάρχει με άλλες κλινικές εκδηλώσεις σε πλέον του 80% των τελικών ασθενών. Πολύ συχνά όμως, το παραλήρημα υποδιαγιγνώσκεται από ιατρούς και νοσοκόμες λόγω της διακύμανσής του κατά τη διάρκεια της ημέρας, της σύγχυσής του ασθενούς με την άνοια και της υποεκτίμησης της κλινικής του σημασίας.

Η αξία της νοσηλευτικής φροντίδας στη διέγερση και το παραλήρημα φαίνεται μέσα από τη γνώση και την αναγνώριση των πρωταρχικών αιτίων του και την ανάπτυξη στρατηγικών για τον αποκλεισμό τους από τους ασθενείς τους. Θεμελιώδης ρόλος των νοσηλευτών είναι η παροχή πρώιμης αναγνώρισης των σημείων και συμπτωμάτων, καθώς και ο συντονισμός της ομάδας των επαγγελματιών υγείας έτσι ώστε να ξεκινήσει ένα πλάνο φροντίδας που να περιλαμβάνει την άμεση θεραπεία της διέγερσης και του παραληρήματος με στόχο να μειωθούν τα σημεία και συμπτώματα, η διάρκεια και τα πιθανά δυσμενή δευτερογενή συμπτώματα της διαταραχής. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις έχουν ως στόχο να ενισχύσουν την γνωστική κατάσταση του ασθενούς, την αίσθηση ασφάλειάς του και την ανακούφισή του. (Κάψα, 2015)

Οι νοσηλευτές συμβάλλουν στη λήψη των κατάλληλων αποφάσεων και επιλογών σχετικά με τη χορήγηση και σωστή δοσολογία των φαρμάκων και την αναγνώριση τυχόν παρενεργειών τους. Οι νοσηλευτές επίσης είναι αυτοί που αναγνωρίζουν την ανάγκη για καλύτερη παρακολούθηση και διαχείριση των ασθενών ή ακόμη και για



πρόσθετη βοήθεια μέσω συνεδριών με κάποιον ψυχίατρο ώστε να αυξηθεί η ποιότητα της φροντίδας του ασθενή. (Justic 2000)

Στην αντιμετώπιση ασθενών με παραλήρημα στη ΜΕΘ οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η αφυδάτωση, ενδοκρινολογικά, νεφρικά, ηπατικά ή νευρολογικά νοσήματα χρήζουν διερεύνησης με παρακλινικό έλεγχο. (Θεοχάρης, 2010)

Η νοσηλευτική παρέμβαση των ασθενών με διέγερση και παραλήρημα περιλαμβάνει τα εξής:

- Ø Ενθάρρυνση της επικοινωνίας του ασθενούς με το περιβάλλον, χρησιμοποιώντας συχνές λεκτικές επαναπροσανατολιστικές στρατηγικές, απλοποιημένες οδηγίες, εντολές και εξηγήσεις.
- Ø Η διόρθωση των διαταραχών της όρασης και ακοής με κατάλληλα γυαλιά όρασης και ακουστικά.
- Ø Μείωση της χρήσης περιοριστικών συνδέσμων.
- Ø Η ελάττωση του θορύβου και των φωνών κατά τη διάρκεια της νύχτας.
- Ø Η συνεχής λήψης ζωτικών σημείων.
- Ø Η χορήγηση φαρμάκων κατόπιν ιατρικής εντολής και εφ' όσον κριθεί απαραίτητη. (Θεοχάρης, 2010)

Επίσης θα πρέπει να σημειωθεί ότι η συχνή ενασχόληση του νοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή διασφαλίζουν ότι εγκαίρως θα καταγραφεί η οποιαδήποτε παρέκκλιση στη συμπεριφορά του, θα υπολογιστούν τα προσλαμβανόμενα αποβαλλόμενα υγρά κατά τη διάρκεια του 24-ωρου αλλά θα εκτιμηθεί και ο κύκλος ύπνου-εγρήγορσης. Μηχανικοί περιορισμοί χρησιμοποιούνται συχνά σε επιθετικούς και επικίνδυνους ασθενείς με παραλήρημα. (Attard et al., 2008)

Οι μονόκλινοι θάλαμοι βοηθούν στην ελάττωση της διέγερσης. Ένα ρολόι τοποθετημένο σε εμφανή θέση, ένα ημερολόγιο και η παρακολούθηση των ειδήσεων στην τηλεόραση μπορεί να βοηθήσουν τον ασθενή να επαναπροσανατολιστεί.<sup>54</sup> Χρήσιμη μπορεί επίσης να είναι η παροχή επαρκούς φωτισμού με καθημερινές αυξομειώσεις στην έντασή του στο περιβάλλον του ασθενούς προκειμένου να επιτευχθεί ένας φυσιολογικός κερκαδιανός ρυθμός. Στις μονάδες εντατικής θεραπείας οι ασθενείς με παραλήρημα μπορεί να μπερδευτούν περισσότερο εξαιτίας του περίπλοκου ιατρικού εξοπλισμού και να χρησιμοποιήσουν μέρος αυτού ως οπλισμό για να επιτεθούν. Επιπρόσθετα, οι θόρυβοι του νοσοκομείου μπορεί να επηρεάσουν δυσμενώς έναν ήδη διαταραγμένο κύκλο ύπνου-εγρήγορσης. Η εκτίμηση της ικανότητας κατάποσης του ασθενούς μπορεί να καταστεί χρήσιμη πριν την έναρξη

σίτισής από του στόματος (per os). Κρίνεται ως απαραίτητη η στενή παρακολούθηση του ισοζυγίου υγρών-ηλεκτρολυτών καθώς και της αναπνευστικής και καρδιαγγειακής λειτουργίας. (Αντωνάτος κ.α., 2013)

## **5.2 Κατευθυντήριες οδηγίες 2010 του NICE (Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Πρόνοιας Ηνωμένου Βασιλείου) για την πρόληψη της διέγερσης και του παραληρήματος**

Στις κατευθυντήριες οδηγίες του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Πρόνοιας NICE για την πρόληψη της διέγερσης και του παραληρήματος περιλαμβάνονται:

- Ø Φροντίδα των ατόμων με κίνδυνο ανάπτυξης του συνδρόμου από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας.
- Ø Ελαχιστοποίηση των μετακινήσεων εντός του τμήματος (π.χ. εναλλαγή κλινών)
- Ø Εφαρμογή ενός πολυπαραγοντικού προληπτικού προγράμματος, προσαρμοσμένου στις ιδιαίτερες ανάγκες του εκάστοτε ασθενούς
- Ø Έλεγχος ύπαρξης παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη του συνδρόμου εντός 24 ωρών από την εισαγωγή του ασθενούς. (Γιαβάση κ.α., 2015)
- Ø Οι πολυπαραγοντικές προληπτικές παρεμβάσεις να εφαρμόζονται από διεπιστημονικό προσωπικό εκπαιδευμένο στην πρόληψη του συνδρόμου
- Ø Διαχείριση της γνωσιακής δυσλειτουργίας ή και του αποπροσανατολισμού
- Ø Παροχή κατάλληλου φωτισμού και βοηθήματα που ευνοούν τη διατήρηση του προσανατολισμού σε χρόνο και τόπο (π.χ. ρολόι, ημερολόγιο σε ορατά για τον ασθενή σημεία)
- Ø Συχνός διάλογος με τον ασθενή, για βελτίωση προσανατολισμού (π.χ. υπενθύμιση του τόπου και του χώρου στον οποίο βρίσκεται)
- Ø Παροχή γνωστικών ερεθισμάτων για βελτίωση του γνωστικού ελλείμματος (π.χ. θύμηση αναμνήσεων)
- Ø Συχνές επισκέψεις οικογένειας και φίλων
- Ø Αντιμετώπιση της αφυδάτωσης και της δυσκοιλιότητας

- Ø Διατήρηση κατάλληλου ισοζυγίου με τη χορήγηση επαρκούς ποσότητας υγρών με ταυτόχρονο έλεγχο για συννοσηρότητες (π.χ. καρδιακή, νεφρική ανεπάρκεια). (Γιαβάση κ.α., 2015)
- Ø Ενθάρρυνση για επαρκή λήψη υγρών σε περιπατητικούς ασθενείς Διατήρηση επαρκούς οξυγόνωσης
- Ø Διάγνωση και θεραπεία της λοίμωξης
- Ø Αποφυγή όχι αναγκαίου καθετηριασμού
- Ø Τήρηση των μέτρων ελέγχου και αποφυγής λοιμώξεων
- Ø Ενθάρρυνση των μετεγχειρητικών ασθενών για άμεση κινητοποίηση
- Ø Παροχή βοηθημάτων βάδισης
- Ø Ενθάρρυνση των ασθενών που δεν μπορούν να βαδίσουν, για εκτέλεση ενεργητικών ασκήσεων
- Ø Αξιολόγηση του πόνου
- Ø Αναζήτηση για μη λεκτικές ενδείξεις πόνου σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής αδυνατεί να μιλήσει (π.χ. μηχανικά υποστηριζόμενος)
- Ø Αξιολόγηση της φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών, λαμβάνοντας υπ' όψη το είδος του φαρμάκου και τον αριθμό των χορηγούμενων φαρμάκων
- Ø Διατήρηση επαρκούς θρέψης
- Ø Διαχείριση αισθητηριακών ελλειμμάτων
- Ø Παροχή των αναγκαίων βοηθημάτων όρασης ή και ακοής
- Ø Προαγωγή επαρκούς ποσότητας και ποιότητας ύπνου
- Ø Αποφυγή ιατρονοσηλευτικών παρεμβάσεων κατά τη διάρκεια της νύκτας
- Ø Ελάττωση της έντασης των ηχητικών ερεθισμάτων κατά τη διάρκεια της νύκτας. (NICE, 2010)

### **5.3 Κατευθυντήριες οδηγίες 2010 του NICE (Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Πρόνοιας Ηνωμένου Βασιλείου) για τη θεραπεία της διέγερσης και του παραληρήματος**

Στις κατευθυντήριες οδηγίες του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Πρόνοιας NICE για τη θεραπεία της διέγερσης και του παραληρήματος περιλαμβάνονται:

#### **Αρχική αντιμετώπιση**

- Ø Αναγνώριση και διαχείριση των παραγόντων κινδύνου σε ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με παραλήρημα
- Ø Επαρκής επικοινωνία και εφαρμογή παρεμβάσεων επαναπροσανατολισμού του ασθενούς Συμμετοχή οικείων προσώπων (π.χ. οικογένεια) στις εν λόγω παρεμβάσεις, όταν είναι εφικτό. (Γιαβάση κ.α., 2015)

### **Συμπτωματική αντιμετώπιση**

- Ø Σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής φαίνεται να είναι πολύ θλιμμένος ή αποτελεί κίνδυνο για τον εαυτό του ή και για τους άλλους, αρχικά για τη διευθέτηση της κατάστασης πρέπει να χρησιμοποιούνται μη φαρμακευτικές, λεκτικές και μη λεκτικές τεχνικές αποκλιμάκωσης της εν λόγω συμπεριφοράς
- Ø Σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής φαίνεται να είναι πολύ θλιμμένος ή αποτελεί κίνδυνο για τον εαυτό του ή και για τους άλλους, και τα μη φαρμακευτικά μέτρα αντιμετώπισης δεν φέρουν αποτέλεσμα ή θεωρούνται ακατάλληλα, πραγματοποιείται η βραχυπρόθεσμη χορήγηση (συνήθως διάρκεια θεραπείας ≤1 εβδομάδα) αλοπεριδόλης ή ολανζαπίνης. Έναρξη θεραπείας με τη χαμηλότερη δυνατή δόση και τιτλοποίηση της δόσης χορήγησης, ανάλογα με τη συμπτωματολογία
- Ø Η χορήγηση των αντιψυχωσικών να γίνεται με προσοχή και να απαγορεύεται σε περιπτώσεις νόσου Parkinson και άνοιας με σωματίδια Lewy

### **Περίπτωση μη επίλυσης του προβλήματος**

- Ø Σε περίπτωση όπου οι θεραπευτικές παρεμβάσεις δεν είναι αποτελεσματικές, πραγματοποιείται αξιολόγηση εκ νέου του ασθενή για παράγοντες που προκαλούν ή επιδεινώνουν το σύνδρομο
- Ø Εξέταση του ενδεχόμενου ύπαρξης υποκείμενης άνοια. (NICE, 2010)

## **5.4 Ηθικά ζητήματα**

Στα ηθικά ζητήματα περιλαμβάνονται:

### **Σεβασμός της αυτονομίας-(Respect of Autonomy)**

Η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας αναφέρεται στο δικαίωμα του κάθε ανθρώπου να κάνει τις δικές του επιλογές σε ότι αφορά την υγεία του, την θεραπεία του, βασιζόμενα στις δικές του προσωπικές πεποιθήσεις και αξίες. Τα άτομα πρέπει

να σέβονται τις απόψεις και τα δικαιώματα των ατόμων εφόσον δεν βλάπτουν σοβαρά άλλα άτομα. Ο σεβασμός της αυτονομίας εμπεριέχει μερικούς συγκεκριμένους κανόνες οι οποίοι είναι:

- Ø Να σεβόμαστε την ατομικότητα του κάθε ατόμου και την ιδιαιτερότητα του.
- Ø Να προστατεύουμε εμπιστευτικές πληροφορίες.
- Ø Να αποκτούμε την συγκατάθεση για κάθε παρέμβαση με ασθένεια. (Ersek, 2005)

### **Μη βλαβερός-(Non-maleficence)**

Η αρχή του μη βλαβερού αναφέρεται στην υποχρέωση του κάθε ατόμου να μην βλάπτει τον συνάνθρωπό του και εμπεριέχεται στο ρητό, «πάνω από όλα να μην βλάψεις»,(above all or first do not harm) και προέρχεται από τον όρκο του Ιπποκράτη.

Η αρχή του μη βλαβερού υποστηρίζεται από ορισμένους ηθικούς κανόνες για παράδειγμα:

- Ø Μην προκληθεί προσβολή της αξιοπρέπειας του ατόμου.
- Ø Μην στερηθούν τα αγαθά της ζωής του ατόμου.
- Ø Ορισμένες υποχρεώσεις για αυτή την αρχή σχετίζονται με τη μη επιβολή κινδύνων που μπορεί να βλάψουν άλλους ανθρώπους. (Ersek, 2005)

### **Ευεργεσία-(Beneficence)**

Η αρχή της Ευεργεσίας περιέχει μία ομάδα κανόνων για την παροχή ωφελειών και την εξισορρόπηση τους ενάντια στους κινδύνους και τις δαπάνες. Η ευεργεσία δηλώνει τις ενέργειες του ελέους, της ευγένειας, της φιλανθρωπίας. Η έννοια αυτής της αρχής περιλαμβάνει την αυταπάρνηση, τον αλτρουισμό, την αγάπη και την ανθρωπιά. Υποστηρίζεται από μερικούς κανόνες της ευεργεσίας που είναι:

- Ø Προστατεύει και υπερασπίζει τα δικαιώματα αλλά αποτρέπει την ζημιά και την εμφάνιση της σε άλλα άτομα.
- Ø Αφαιρεί τις καταστάσεις που θα προκαλέσουν τη ζημιά σε άτομα. (Ersek, 2005)

### Δικαιοσύνη-(Justice)

Η αρχή της δικαιοσύνης εμπεριέχει μια ομάδα κανόνων για διανομή αξιών, ρίσκων και δαπανών στα άτομα. Ο ίσος χειρισμός, η δίκαιη μεταχείριση μεταξύ των ατόμων είναι μερικές λέξεις σχετικές με την δικαιοσύνη. Η αρχή της δικαιοσύνης απαντά στα ερωτήματα:

- Ø Ποια είδη υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης θα υπάρξουν σε μία κοινωνία.
  - Ø Ποιο άτομο θα λάβει αυτές τις υπηρεσίες και σε ποια βάση.
  - Ø Ποιος θα τους παραδώσει αυτές τις υπηρεσίες.
  - Ø Πως θα διανεμηθούν τα φορτία της χρηματοδότησης τους.
  - Ø Πως θα εξεταστεί η δύναμη των υπηρεσιών που θα διανεμηθούν.
  - Ø Σε κάθε άτομο πρέπει να υπάρχει δικαιοσύνη ανάλογα με τις ανάγκες του.
- Αναφορικά με θέματα υγείας συσχετίζεται με τον ίσο χειρισμό ατόμων στις ιατρικές και παραϊατρικές υπηρεσίες ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, χρώμα δέρματος, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας και φύλου. (Ersek, 2005)



## **Κεφάλαιο 6: Νοσηλευτική Διεργασία**

### **6.1 Σκοποί και στάδια νοσηλευτικής διεργασίας**

Η Νοσηλευτική διεργασία αποτελεί μια μέθοδο κατά την οποία επιλύονται με επιστημονικό και συστηματικό τρόπο προβλήματα στην πράξη. Στην ουσία πρόκειται για ενέργειες οι οποίες σχεδιάζονται με σκοπό τη φροντίδα, την επίλυση προβλημάτων και την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και του οικογενειακού περιβάλλοντος του. (Αθανάτου, 2003)

Ειδικότερα στους σκοπούς της νοσηλευτικής διεργασίας περιλαμβάνονται:

- Η σωστή περίθαλψη του ασθενούς.
- Η διατήρηση της υγείας του ασθενούς.
- Η πρόληψη της νόσου
- Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος
- Η ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς και η αποκατάσταση της υγείας του.

Στα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας περιλαμβάνονται:

- Ø Νοσηλευτική διάγνωση.
- Ø Αντικειμενικοί σκοποί.
- Ø Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.
- Ø Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. (Αθανάτου, 2003)



## 6.2 Περιστατικό I

### Στοιχεία ασθενούς

**Όνοματεπώνυμο:** A.B

**Ηλικία:** 45 ετών

**Επάγγελμα:** Ιδιωτικός Υπάλληλος

**Καταγωγή:** Πάτρα Αχαΐας

**Οικογενειακή κατάσταση:** Παντρεμένος

**Τόπος κατοικίας:** Πάτρα

### **Ιστορικό ασθενούς**

Ο ασθενής A.B. 45 ετών νοσηλεύεται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας κατόπιν τροχαίου ατυχήματος. Το τροχαίο ατύχημα συνέβη στην οδό Όθωνος Αμαλίας στις 03/01/2016 και ώρα 4:00 π.μ. Τον τραυματία απεγκλώβισαν η πυροσβεστική και τον παρέλαβε ασθενοφόρο 10 λεπτά μετά το συμβάν. Ο ασθενής παρουσίαζε κακώσεις στο δεξί μέρος του κρανίου και τρία επιδερμικά τραύματα. Τα τραύματα του χαρακτηρίζονται κλειστά με ανέπαφη την σκληρά μήνιγγα. Λόγω της φύσης της κάκωσης χαρακτηρίζεται ως εστιακή και προσανατολίζεται μόνο στην πλευρά του χτυπήματος. Η ιατρική εκτίμηση αναφέρει ενδοκρανιακή αιμορραγία εντός του ιστού του εγκεφάλου που δεν έχει προκαλέσει διάχυτη βλάβη. Λόγω της φύσεως της ενδοκρανιακής αιμορραγίας και της έλλειψης συνείδησης από την πλευρά του ασθενούς κρίθηκε απαραίτητη η εισαγωγή του στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας για εντατικότερη παρακολούθηση του και πρόληψη δυνητικών επιπλοκών. Το δεύτερο 24ωρο νοσηλείας ο ασθενής παρουσιάζει οξεία διέγερση.

Ο ασθενή υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία και σε μέτρηση της βαρύτητας της κάκωσης μέσω της κλίμακας της Γλασκώβης.

<b>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</b>	<b>Αντικειμενικοί σκοποί</b>	<b>Νοσηλευτικές παρεμβάσεις</b>	<b>Αξιολόγηση αποτελεσμάτων</b>
<p>∅ Κίνδυνος πτώσης, αυτοτραυματισμού</p>	<p>∅ Εκτίμηση κινδύνου πτώσης</p> <p>∅ Λήψη περιοριστικών μέτρων</p> <p>∅ Πρόληψη πτώσεων</p>	<p>∅ Αναγραφή στο διάγραμμα νοσηλείας με έντονα γράμματα ότι ο ασθενής είναι υψηλού κινδύνου για πτώσεις.</p> <p>∅ Διατήρηση του κρεβατιού του ασθενούς σε χαμηλότερη θέση.</p> <p>∅ Πλήρης έλεγχος των φρένων του κρεβατιού.</p> <p>∅ Χρήση πλευρικών κάγκελων προστασίας.</p> <p>∅ Περιορισμός της κίνησης του ασθενούς .</p> <p>∅ Συνεργασία με το θεράπων ιατρό για τη χορήγηση φαρμακευτικών περιοριστικών μέτρων-συγκατάθεση οικείων.</p>	<p>∅ Παρατηρήθηκε η μείωση πιθανοτήτων πτώσεως και αυτοτραυματισμού του ασθενούς.</p>

<b>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</b>	<b>Αντικειμενικοί σκοποί</b>	<b>Νοσηλευτικές παρεμβάσεις</b>	<b>Αξιολόγηση αποτελεσμάτων</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Κεφαλαλγία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Εξάλειψη συμπτωμάτων.</li> <li>Ø Ανακούφιση από τον πόνο.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Χαμηλός φωτισμός</li> <li>Ø Εξασφάλιση μεγάλων διαστημάτων ύπνου</li> <li>Ø Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν οδηγίας ιατρού</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Ανακούφιση ασθενούς από τα συμπτώματα του πόνου</li> </ul>

<b>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</b>	<b>Αντικειμενικοί σκοποί</b>	<b>Νοσηλευτικές παρεμβάσεις</b>	<b>Αξιολόγηση αποτελεσμάτων</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Έλλειψη συνεργασίας με το προσωπικό</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας στον ασθενή.</li> <li>Ø Συνεχής εμπύχωση του ασθενούς.</li> <li>Ø Συνεχής παρότρυνση του ασθενούς να συνεργαστεί με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να αποκατασταθεί η κατάσταση της υγείας του.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Εξασφαλίστηκε ήσυχο περιβάλλον για τον ασθενή.</li> <li>Ø Προσδιορίστηκε η σημαντικότητα της συνεργασίας του στο θεραπευτικό πλάνο.</li> <li>Ø Προωθήθηκε η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Ο ασθενής παρουσίασε μειωμένη κινητικότητα .</li> <li>Ø Κατανόησε το θεραπευτικό πλάνο που πρέπει να ακολουθήσει.</li> <li>Ø Κατανόησε τη σημαντικότητα συνεργασίας με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.</li> </ul>

## 6.3 Περιστατικό II

### Στοιχεία ασθενούς

**Όνοματεπώνυμο:** Δ.Ε.

**Ηλικία:** 80 ετών

**Επάγγελμα:** Συνταξιούχος

**Καταγωγή:** Πάτρα Αχαΐας

**Οικογενειακή κατάσταση:** Παντρεμένος

**Τόπος κατοικίας:** Πάτρα

### **Ιστορικό ασθενούς**

Ασθενής Δ.Ε 80 ετών εισήχθη στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας κατόπιν μικροβιακής λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού. Ο ασθενής αδυνατούσε να ανταποκριθεί στις στοιχειώδης καθημερινές του δραστηριότητες, ήταν συνεχώς καταβεβλημένος ενώ η ιογενής λοίμωξη οδήγησε στην εύρεση ακροαστικών και έντονου πυρετού που δεν μειωνόταν με τη χρήση αντιπυρετικών. Η χρήση αντιβιοτικών δεν επέφερε βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς και συνέχισε να παρουσιάζει έντονο πυρετό με συνέπεια την άμεση εισαγωγή του στη ΜΕΘ. Την τρίτη μέρα παραμονής του στη ΜΕΘ ο ασθενής παρουσιάζει συμπτώματα παραληρήματος.

<b>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</b>	<b>Αντικειμενικοί σκοποί</b>	<b>Νοσηλευτικές παρεμβάσεις</b>	<b>Αξιολόγηση αποτελεσμάτων</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Έντονη ανησυχία, φόβος, δυσφορία.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Εξάλειψη του φόβου και του αισθήματος δυσφορίας.</li> <li>Ø Κατευνασμός του ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος.</li> <li>Ø Συνεχής συζήτηση με τον ασθενή και τόνωσης του ηθικού του ασθενούς.</li> <li>Ø Άμεση ενημέρωση του ιατρικού προσωπικού για την περίπτωση εκτίμησης του ασθενούς από ψυχίατρο.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Εξάλειψη φόβου του ασθενούς.</li> <li>Ø Διατήρηση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς σε ικανοποιητικά επίπεδα</li> <li>Ø Κατευνασμός του ασθενούς.</li> </ul>

<b>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</b>	<b>Αντικειμενικοί σκοποί</b>	<b>Νοσηλευτικές παρεμβάσεις</b>	<b>Αξιολόγηση αποτελεσμάτων</b>
<p>∅ Κίνδυνος αυξημένου χρόνου παραμονής στη ΜΕΘ λόγω έλλειψης συνεργασίας με το προσωπικό.</p>	<p>∅ Ενημέρωση του ασθενούς για το θεραπευτικό πλάνο.</p> <p>∅ Δημιουργία κινήτρου για ανταπόκριση στο θεραπευτικό πλάνο.</p> <p>∅ Διατήρηση καλής επικοινωνίας με νοσηλευτικό προσωπικό και ασθενή.</p> <p>∅ Δημιουργία καλής θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή.</p>	<p>∅ Μη χρήση εξειδικευμένης ορολογίας που δεν είναι κατανοητή στον ασθενή ώστε να αποφευχθεί το χάσμα επικοινωνίας.</p> <p>∅ Εφαρμογή του μοντέλου πεποιθήσεων για την υγεία (αποτίμηση συμπεριφοράς και στάσης του ίδιου του ασθενούς).</p> <p>∅ Εκδήλωση ενσυναίσθησης και κατανόησης του ψυχισμού του ασθενούς.</p>	<p>∅ Ο ασθενής κατανόησε τη σημαντικότητα της συνεργασίας με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.</p> <p>∅ Μέσω του μοντέλου πεποιθήσεων ο ασθενής αντιλήφθηκε τους ανασταλτικούς παράγοντες σχετικά με τη στάση του στο θεραπευτικό πλάνο.</p>

<b>Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)</b>	<b>Αντικειμενικοί σκοποί</b>	<b>Νοσηλευτικές παρεμβάσεις</b>	<b>Αξιολόγηση αποτελεσμάτων</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Ο ασθενής παρουσιάζει προβλήματα στον ύπνο λόγω οργανικής και ψυχολογικής εξάντλησης του.</li> <li>Ø Αισθητηριακή αποστέρηση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Επαναφορά του ύπνου του ασθενούς στις απαιτούμενες ώρες.</li> <li>Ø Μείωση του αισθήματος αισθητηριακής αποστέρησης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Διαμόρφωση του χώρου ώστε να επικρατεί ηρεμία και χαμηλός φωτισμός.</li> <li>Ø Διατήρηση προσανατολισμού στο χώρο.</li> <li>Ø Ενδυνάμωση συναισθηματικής ευεξίας ασθενούς.</li> <li>Ø Διατήρηση οικείων ως προς τον ασθενή οσμών, γεύσεων και αγγιγμάτων όσο αυτό είναι εφικτό.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Οι ώρες ύπνου του ασθενούς αποκαταστάθηκαν.</li> <li>Ø Η αισθητηριακή αποστέρηση εξαλείφθηκε. Ο ασθενής νιώθει τον προσανατολισμό στο χώρο.</li> </ul>



## **Βιβλιογραφία**

Aizawa K.I., Kanai T., Saikawa Y., Takabayashi T., Kawano Y., Miyazawa N. et al. (2002). A novel approach to the prevention of postoperative delirium in the elderly after gastrointestinal surgery. Volume 32. Surg Today. pp 310-314.

Attard, A., Ranjith, G., Taylor, D. (2008). Delirium and its treatment. Volume 22. CNS Drugs. pp 631-644.

Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, et al. (2013). «Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit». Volume 41. Crit Care Med. pp263-306.

Bergeron N., Dubois M.J., Dumont M., Dial S., Skrobik Y. (2001). «Intensive Care Delirium Screening Checklist: Evaluation of a new screening tool». Volume 27. Intensive Care Med. pp 859-864.

Connor D, English W. (2012). Delirium in critical care. Volume 12. Update in Anaesthesia. pp 67-73.

DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (2013), American Psychiatric Association.

Ely E.W. et al. (2001). «The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay». Volume 12. Intensive Care Med. pp 892-900.

Ely E.W., et al. (2004). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. JAMA. pp 753-762.

Ersek, M. (2005). Assisted Suicide: Unraveling a complex issue. Volume 35. Nursing 2005. Number 4, pp 48-52.

Friese R.S. et al. (2007). «Quantity and quality of sleep in the surgical intensive care unit: Are our patients sleeping?» Volume 63. J Trauma. pp 210-214.

Girard T.D., et al. (2010). Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness. Volume 38. Crit Care Med. pp 1513-1520.

Han J.H., Zimmerman E.E., Cutler N., Schnelle J., Morandi A., Dittus R.S. et al. (2009). «Delirium in older emergency department patients: Recognition, risk factors, and psychomotor subtypes». Volume 3. Acad Emerg Med. pp 193-200.

Inouye S.K. (1998). Delirium in hospitalized older patients: Recognition and risk factors. Volume 11. J Geriatr Psychiatry Neurol. pp 118-125

Inouye SK. et al. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. Volume 9. N Engl J Med. pp 669-676.

Jacobi J. et al. (2002). Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. Volume 30. Crit Care Med. pp 131-135.

Justic M. (2000). Does "ICU psychosis" really exist? Volume 20. Critical Care Nurse. pp 28-37.

Lundström, M. et al. (2005). A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. J Volume 53. Am Geriatr Soc. pp 622-628.

Lynch E.P. et al. (1998). The impact of postoperative pain on the development of postoperative delirium. Volume 86. Anesth Analg. pp 781-785.

Marcantonio E.R. et al. (2001). Reducing delirium after hip fracture: A randomized trial. Volume 49. J Am Geriatr Soc. pp 516-522.

Milisen K. et al. (2001). A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. Volume 49. J Am Geriatr Soc. pp 524-532.

Ouimet S et al. (2007). Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. Volume 33. Intensive Care Med. pp 66-73.

Peterson J.F. et al. (2006). Delirium and its motoric subtypes: A study of 614 critically ill patients. Volume 54. J Am Geriatr Soc. pp 479- 484.

Stephen, J. et al. (2015). Pain and Agitation Management in Critically Ill Patients. Volume 51. Nursing Clinics of North America, pp. 95-106

Thijs L.G. et al. (1996). Guidelines for a training programme in intensive care medicine. Volume 32. Intensive Care Medicine. pp 1371-1383.

Van Munster BC, Bisschop PH, Zwinderman AH, Korevaar JC, Endert E, Wiersinga WJ et al. (2010). Cortisol, interleukins and S100B in delirium in the elderly. Volume 74. Brain Cogn. pp 18-23.

Williams G, SchmoIIgruber S, Alberto I. (2006). Consensus Forum: Worldwide Guidelines on the Critical Care Nursing Workforce and Education Standards. Volume 22. Crit Care Clin. pp 393-406.

Αδάμου Ε. και συν. (2011). Διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Τόμος 10<sup>ος</sup> . Το βήμα του Ασκληπιού. σελ. 221-239

Αθανάτου Ε. (2003). Κλινική Νοσηλευτική Βασικές και ειδικές νοσηλείες, Ιατρικές Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα.

Κιέκκας Π., Μπαλτόπουλος Γ.Ι. (2009). Διέγερση, Παραλήρημα και Πυρετός στους Βαρέως Πάσχοντες Ασθενείς. Νοσηλευτική. σελ 150-156.

Μαδιανός Μ. (2003). Οργανικές ψυχικές διαταραχές. Κλινική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα

Ουζούνη Χ, Νακάκης Κ. (2012). Οι γνώσεις των νοσηλευτών για τη φροντίδα ασθενών που εμφανίζουν delirium. Τόμος 11<sup>ος</sup>. Το Βήμα του Ασκληπιού. σελ 133-148.

Χαρτοκόλλης Π. (1991). «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική». Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα

## Διαδικτυακές πηγές

<https://medlook.net/%CE%91%CE%BB%CE%BA%CE%BF%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82/2572.html>

Πρόσβαση στις 10/12/2015

<http://omedicine.info/el/bred-bredovoe-rasstroystvo-deliriy.html>

Πρόσβαση στις 10/12/2015

Γιαβάση Γ. και συν. (2015). Το παραλήρημα σε ασθενείς της μονάδας εντατικής θεραπείας. Ανασκόπηση σχετικά με τις σύγχρονες προληπτικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής

Διαθέσιμο στο

<http://www.mednet.gr/archives/2015-3/pdf/263.pdf>

Θεοχάρης Γ., 2010, Το παραλήρημα των ηλικιωμένων ατόμων

Διαθέσιμο στο

<http://www.sosiatroi.gr/the-delirium-of-the-elderly/>

Πρόσβαση στις 10/01/2016

Κάβα Μ. (2015). Το παραλήρημα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ΠΑΙΔΩΝ

Διαθέσιμο στο

<http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2015/02/paralirima-monada-entatikis-therapeias-paidwn.pdf>

National Institute for Health and Care Excellence. (2010). Delirium: diagnosis, prevention and management. NICE clinical guideline.

Διαθέσιμο στο

<https://www.nice.org.uk/guidance/CG103/chapter/Introduction>

Δρ Αντωνάτος Σ. και συν. (2013). «Παραλήρημα»: Ένα μείζον ιατρικό θέμα στο Γενικό Νοσοκομείο - Ζητήματα διάγνωσης και διαχείρισής του. Ψυχιατρικό Τμήμα - Νοσοκομείο «Ερυθρός Σταυρός», Περιοδικό «Τετράδια Ψυχιατρικής».

Διαθέσιμο στο

[http://www.psychiatry-pulse.gr/yliko/delirio\\_b.pdf](http://www.psychiatry-pulse.gr/yliko/delirio_b.pdf)