

**Il delirium ospedaliero :
prevenzione e gestione**

Paolo Rossi Prodi

DELIRIUM

Dal latino

De Lirafuori dal solco tracciato dall'aratro---fuori dalla strada conosciuta

Esprime il tipico quadro di un paziente
IN STATO CONFUSIONALE ACUTO

Terminologia psichiatrica anglosassone

Delusion delirio lucido, come
convinzione...nonostante le evidenze

Delirium delirio confuso, vicino alla condizione
oniroide che puo derivare da intossicazioni,
traumi cerebrali, malattie infettive

IPPOCRATE : Frenite e Letargo 500 AC

CELSO : per primo descrisse un quadro di

Delirium

come alterazione del comportamento e

della coscienza 1° sec DC

DELIRIUMCOME DISTURBO DELLA COSCIENZA

COSCIENZA come vigilanza

COSCIENZA come conoscenza

Consapevolezza di se stessi

Del proprio mondo interno

Del proprio corpo

Del mondo esterno

DELIRIUMCOME DISTURBO DELLA COSCIENZA

come disturbo della coscienza del «Se»

Derealizzazione

Depersonalizzazione

Stati dissociativi

come disturbo della coscienza-vigilanza

Attenzione

Orientamento

Percezione

Confusione Mentale

Nel 19° secolo introdotto dagli psichiatri francesi come stato psicotico acuto

.....la valutazione è perduta

vi è incoerenza linguistica

perdita di orientamento spazio-temporale

disorganizzazione di pensiero e linguaggio

disturbi delle percezioni (allucinazioni e illusioni)

alterato ritmo sonno-veglia

fluttuazioni giornaliere

CLASSIFICAZIONE DSM

DISTURBO DELLO STATO DI COSCIENZA CON RIDOTTA CAPACITA' DI FOCALIZZARE, MANTENERE O SPOSTARE L'ATTENZIONE

MODIFICAZIONI DELLO STATO COGNITIVO

MEMORIA

ORIENTAMENTO

LINGUAGGIO

DISTURBO DELLA PERCEZIONE, NON MOTIVATO DALLO STATO COGNITIVO PRECEDENTE

ESORDIO SUBACUTO (ore o giorni) ed ANDAMENTO FLUTTUANTE

EVIDENZA DALL'ANAMNESI, DALL'ESAME OBBIETTIVO O DAI DATI DI LABORATORIO DI SECONDARIETA' RISPETTO AD UNA PATOLOGIA MEDICA DI BASE

CLINICA :

DEFICIT DELLA MEMORIA

DIFFICOLTA' DI IMMAGAZZINAMENTO

**RIDOTTA INTEGRAZIONE DELLE INFORMAZIONI
RECENTI E PASSATE**

SOSTITUZIONE CONFABULANTE

CLINICA :

DIFFICOLTA'

ATTRIBUIRE UN SIGNIFICATO SIMBOLICO

**PIANIFICARE LO SVOLGIMENTO DI UN'ATTIVITA' IN
SEQUENZA**

ORIENTARE UN COMPORTAMENTO FINALIZZATO

SONO SECONDARI ALLA PERDITA DEI
RIFERIMENTI SPAZIO TEMPORALI

-CONFABULAZIONI

-DELIRI

-ALLUCINAZIONI
VISIVE
A CONTENUTO SGRADIVOLE

-MANIFESTAZIONI “ONIROIDI”

SINDROME DI CAPGRAS:

FAMILIARI NON RICONOSCIUTI COME TALI
 (“IMPOSTORI”)

diagnosi differenziale tra delirium e demenza:

- Quest'ultima è una patologia caratterizzata ad un esordio insidioso
decorso cronico e irreversibile della durata di anni
- Il livello di coscienza non risulta alterato
- L'attenzione può essere normale
- Il linguaggio si presenta coerente in esordio di malattia, anche se la capacità di astrazione risulta limitata
- Non sono riscontrabili fenomeni dispercettivi ...
...o alterazioni dell'attività psicomotoria.

LA NEUROFISIOPATOLOGIA DEL DELIRIUM

....E' sconosciuta

Talora

Aumento di attività anticolinergica sierica

Livelli di Fenilalanina e Triptofano anomali

Livelli di Citochine, Leucotrieni e Interferoni elevati

Alterazioni GABA, Serotonina, NA, Melatonina.....

Classificazione

Delirium iperattivo (25%): con aumento dell'attività psicomotoria e prevalente agitazione (DD con stato ansioso generico)

Delirium ipoattivo (25%): con diminuzione dell'attività psicomotoria (DD con depressione o apparente normalità); scarsamente riconosciuto

Delirium misto (35%): caratteristiche sia di iper che ipo-attività.

Nessuna alterazione psicomotoria (15%)

QUALE PROGNOESI ?

Il verificarsi di uno stato confusionale nell'anziano è stato associato a:

- maggior durata dell'ospedalizzazione
- maggior disabilità alla dimissione
- maggior rischio di istituzionalizzazione -
- maggior mortalità intraospedaliera, a 1 mese e a 12 mesi
- maggior rischio di riospedalizzazione
- maggior rischio di demenza a distanza di 3 anni

Rischio maggiore nelle forme persistenti alla dimissione

Nella fase di **delirium** il paziente può rendersi pericoloso nei confronti di se stesso e di altri

Possono presentarsi

cadute a terra,

fratture,

ferite,

il paziente può strapparsi il catetere vescicale o il sondino naso

gastrico,

o mostrarsi aggressivo verso la persona che lo assiste

Possono presentarsi Complicanze

Problemi iatrogeni collegati alla contenzione fisica o farmacologica

Incontinenza/ritenzione urinaria

Atelettasia

Lesioni da pressione

Malnutrizione acuta

Rischio 10 volte maggiore di complicanze mediche (incluso decesso) negli ospedalizzati

Aumento di durata della degenza e maggior rischio di dimissione in strutture assistenziali.

Epidemiologia

Soggetti ospedalizzati >65enni:

presente nel 10%-25% al momento del ricovero in P.S
un ulteriore 10-20% sviluppa delirium nel corso del ricovero in ospedale

Frequenza negli >65enni nei diversi setting di cura:

-20-80% dei pazienti in Terapia Intensiva

-15-53% nei pazienti post-chirurgici

-50-60% dei pazienti in lungodegenza

-9-11% in RSA

Soggetti residenti nella comunità: prevalenza 1-2%, (14% > 85 anni)

Spesso il delirium rimane sotto diagnosticato e sotto trattato

(è diagnosticato nel 41-87% dei pazienti ricoverati in reparti per acuti)

Quale eziologia?

Eziologia multifattoriale

Medica

Chirurgica

Ambientale

STATO CONFUSIONALE O DELIRIUM

Sindrome multifattoriale che deriva dall'interazione complessa tra fattori connessi all'ospedalizzazione (fattori precipitanti) e/o la vulnerabilità basale precedente all'ospedalizzazione dell'individuo (fattori predisponenti)

Sia gli uni che gli altri possono interagire tra di loro e determinare lo sviluppo del delirium con un rapporto dose effetto

in un paziente “fragile”, le cui condizioni cliniche e funzionali premorbose sono già compromesse, può essere sufficiente un fattore scatenante anche di lieve entità (ad esempio, l’aggiunta di un blando ipnoinducente) per alterare il delicato equilibrio omeostatico cerebrale

in un paziente “robusto”, viceversa, è necessario un fattore precipitante di intensità molto elevata (ad esempio, un intervento chirurgico in anestesia generale) per indurre il delirium .

FATTORI PREDISPONENTI

Età avanzata

Deficit cognitivo

Gravità/severità di malattie

Deficit multisensoriale

Sesso maschile

Depressione

Alcolismo

Malnutrizione

FATTORI PRECIPITANTI

Patologie acute e croniche

Febbre

Farmaci

Interventi chirurgici

Dolore

Catetere vescicale

Mezzi di contenzione fisica

Malnutrizione

Disidratazione

Immobilità

Deprivazione sensoriale

CAUSE MEDICHE

- Delirium indotto da farmaci
- Delirium secondario ad infezione
- Alterazioni idroelettrolitiche (storia diarrea, vomito)
- Disturbi endocrinometabolici (uremia, encefalopatia epatica, ipoglicemia, ipertiroidismo, insufficienza surrenalica)
- Processi intracranici (Ictus, TIA)
- Compromissione cardiopolmonare e/o ipossia (scompenso cardiaco, ipotensione)
- Alcool e sindrome da astinenza (storia di uso cronico)
- Delirium sensoriale/ambientale (demenza preesistente, modificazioni ambientali)

Delirium da farmaci

Antipsicotici (fenotiazine)

Barbiturici

Antistaminici

Antidiarroici (difenossilato)

Farmaci per la tosse (Codeina)

Narcotici (Meperidina, Morfina)

Antibiotici (Cefalosporine)

Antidepressivi triciclici

Benzodiazepine

Antiparkinsoniani

Miorilassanti, spasmolitici

Digitale

Prednisolone

Tabella. Farmaci di comune utilizzo con attività anticolinergica

Farmaco	Classe farmacologica	Attività anticolinergica intrinseca
Loperamide	agonista dei recettori oppioidi	++
Carbamazepina	antiepilettico	++
Amantadina	dopamino-agonista antiparkinsoniano	++
Clorpromazina	neurolettico	+++
Baclofen	miorilassante ad azione centrale	++
Aloperidolo	neurolettico	++
Quetiapina	antipsicotico atipico	++
Olanzapina	antipsicotico atipico	+++
Furosemide	diuretico dell'ansa	+
Colchicina	veleno del fuso mitotico	+
Amitriptilina	antidepressivo triciclico	+++
Paroxetina	inibitori selettivi della ricaptazione serotonina	++
Prometazina	antistaminico di 1° generazione	+++

Adattato dalla voce bibliografica 5

Delirium post chirurgico

Ipossia cerebrale perichirurgica

Ipotensione

Aumento di cortisolo da stress chirurgico

Uso di farmaci narcotici con attività anticolinergica

Dolore postchirurgico

Alterazioni idro-elettrolitiche

EPIDEMIOLOGIA Delirium Rates

Prevalenza (all'ammissione in ospedale)	10-40%
Incidenza (durante la degenza)	15-60%
Decorso Postoperatorio	15-53%
Unità di cure intensive	70-87%
Residenza Sanitaria Assistenziale	20-60%
Mortalità in ospedale:	22-76%
Mortalità ad un anno:	35-40%

SK. Inouye, 2006

NURSES' RECOGNITION OF DELIRIUM

Nurses recognized delirium in only 31% of patients and 19% of observations

Risk factors for under-recognition:

hypoactive delirium

advanced age

vision impairment

dementia

Linee guida nella gestione del delirium

Diagnosi eziologica: primo livello

- Anamnesi farmacologica (farmaci prescritti e farmaci realmente assunti, compresi i farmaci da banco e le assunzioni occasionali!)

.Tossicologica

- Parametri vitali
- Esame obiettivo generale e neurologico
- sO₂e stick glicemico
- Esami di laboratorio di routine
- Ricerca di siti di infezione occulta (esame urine, RX torace)
- ECG

Diagnosi eziologica: secondo livello

- Esami ematochimici selezionati
(ormoni tiroidei, dosaggio di farmaci, screening tossicologico, ammoniemia, cortisolemia, vitamina B12)
- Emogasanalisi
- Neuroimaging primo livello
- Puntura lombare
- EEG

La prevenzione delle complicanze

1. Screening della disfagia e prevenzione dell' inalazione di cibo
2. Somministrazione di liquidi (per os o e.v.) e per prevenire la disidratazione
3. Supporto nutrizionale per prevenire la malnutrizione
4. Mobilizzazione per prevenire ulcere da pressione e trombosi venosa profonda
5. Prevenzione delle cadute (deambulazione sotto supervisione, valutare effetti avversi dei farmaci, regolare altezza del letto....)

INTERVENTI PER LA LIMITAZIONE DEI COMPORTAMENTI DISTRUTTIVI NELLA FASE ACUTA

usare diversivi per distrarre il paziente dai comportamenti distruttivi che sta mettendo in atto

dividere le attività in piccole tappe in ordine di semplicità

determinare ciò che causa tali comportamenti e cercare di prevenirli

Terapia non farmacologica

- Stimolazione cognitiva/riorientamento, rassicurazione
- Facilitare la presenza dei familiari
- Ridurre al minimo mezzi di contenzione e utilizzo di presidi invasivi (catetere vescicale, linee venose)
- Facilitare il ritmo sonno-veglia
- Favorire la mobilizzazione
- Trattamento dei deficit sensoriali (occhiali)

Interventi sui farmaci

Controllare gli effetti collaterali, avversi o paradossi dei farmaci

Evitare somministrazioni superflue

Ridurre al massimo il dosaggio farmacologico

Prestare particolare attenzione a queste categorie di farmaci:

anticolinergici;

antiistaminici

sedativi ipnotici;

antipsicotici;

f. cardiovascolari

Terapia farmacologica nel delirium

-Indicata nel trattamento di pazienti con agitazione grave: se mettono a rischio se stessi o gli altri se il delirium rischia di interrompere un trattamento essenziale (es. intubazione orotracheale-via venosa-catetere vescicale)

-**Iniziare con un solo farmaco** (minore rischio di eventi avversi) e con bassa dose, da ripetere a breve fino al raggiungimento della dose efficace

-**Proseguire il trattamento 2-3 giorni alla dose efficace**

-**Continuare gli interventi non farmacologici**

MA.... NON TUTTI I FARMACI SONO UGUALI!

Aloperidolo:

efficace farmaco di prima scelta,
dosaggio iniziale 0,50--1 mg da ripetere al bisogno dopo 30 minuti –
mantenimento: 0,50-1 mg 1--3 volte al di

Forma farm.: Cpr 1--5--10 mg

Gtt 2-10 mg (1 ml = 20 gtt)

Fl 5 mg/2 ml

(capostipite dei butirrofenoni, neurolettico ad effetto incisivo, antipsicotico e sedativo;
antidopaminergico selettivo per i recettori d2 della dopamina ed antiadrenergico)

Elevato rischio di parkinsonismo (dipendente da dose, particolarmente se durata della
terapia > 7 giorni)

Rara ma grave sindrome maligna da neurolettici

Controindicato nel cardiopatico instabile

(allungamento del tratto QTc lieve ma significativo aumento del rischio di torsioni di
punta ed arresto cardiaco)

Antipsicotici atipici

Efficacia paragonabile ad aloperidolo con < effetti collaterali extrapiramidali;

Olanzapina: 2,5--10 mg die (anche i.m.)

Risperidone: : 0,5--1 mg due volte al dì

Quetiapina: 25--100 mg due volte al dì

Benzodiazepine a breve-media emivita

(lorazepam, midazolam)

Utilizzabili come seconda scelta quando gli antipsicotici non funzionano o quando prevale la componente ansiosa

-Lorazepam 0,5-1 mg i.m. o p.o.

-Midazolam 1-2 mg i.m. o e.v. (sedazione rapida, brevissima emivita):

Necessità di monitorizzare il paziente (rischio di depressione respiratoria).

Caratteristiche:

- rapida insorgenza d'azione
- rischio di effetto paradossale nell'anziano
- Indicata per delirium secondario ad astinenza da alcool o benzodiazepine o barbiturici
- Sconsigliate le BDZ a lunga emivita (no diazepam !)

Delirium

..... is one of the foremost unmet medical needs in healthcare..... It affects one in eight hospitalised patients and isassociated with multiple adverse outcomes including increased length of stay, new institutionalisation, and considerable patient distress..... Recent studies also show that delirium strongly predicts future new-onset dementia, as well as accelerating existing dementia

La prevenzione è possibile

Studio controllato su 852 soggetti ultrasettantenni, senza delirium al momento del ricovero.

Il trattamento di :

Deprivazione del sonno

Immobilità

Deficit visivo

Disidratazione

Ha ridotto del 40% l'incidenza di nuovi casi di delirium nell'arco del ricovero ,rispetto alle usuali cure ospedaliere.

Inouye et al., N Engl J Med, 1999

Il delirium è un ottimo indicatore di outcome dell'assistenza ospedaliera

specie nella popolazione geriatrica

la sua alta prevalenza indica che vi sono molti fattori da migliorare

È un valido target su cui basare interventi di miglioramento dell'assistenza: è frequente e grave, spesso mal gestito e tale cattiva gestione può essere corretta

- Può essere prevenuto nel 50% dei casi con espedienti semplici e cost-effective

Riconoscimento dei soggetti a rischio

Tener conto delle situazioni e/o condizioni maggiormente a rischio per gli anziani:

Ammissione in Ospedale

Intervento chirurgico (frattura del femore)

Terapia intensiva

Soggetti affetti da demenza

..... utilizzo scale di screening e valutazione globale del soggetto

LA PREVENZIONEE' POSSIBILE :

Interventi psicologici e sociali

Interventi di supporto fisiologico

Interventi sulla comunicazione

Interventi sull'ambiente

Interventi su suoni e luci

Interventi di sorveglianza farmacologica

Interventi di interazione sociale

Linea Guida Screening for delirium, dementia and depression in older adults:
RNAO, 2003.

Interventi psicosociali

Incoraggiare il paziente ad essere coinvolto, permettere di stabilire i suoi limiti e non forzare il paziente a fare cose che non vuole

Permettere al paziente di impegnarsi in attività che limitano l'ansia.

Incoraggiare comportamenti di autonomia nella cura di sé e sopperire ove il paziente non riesce o non si sente di provare

Interventi di interazione sociale

Incoraggiare la famiglia e gli amici a fare visita al paziente

Evitare l'isolamento sociale

INTERVENTI DI SUPPORTO FISIOLÓGICO

Al fine di Stabilire/mantenere un normale:

Bilancio idroelettrolitico

Temperatura corporea

Schemi di sonno/veglia

Schemi di eliminazione

Ossigenazione

Nutrizione

Mobilità (limitare immobilità)

INTERVENTI SULLA COMUNICAZIONE:

Usare frasi semplici e corte parlando lentamente ed in modo chiaro, parole scandite bene, esposto con voce modulata alzando il tono ove ci sia ipoacusia.

Identificare se stessi ad ogni contatto;

Chiamare il paziente con il suo nome

Ripetere le domande se necessario, lasciando tempo adeguato per rispondere
dire al paziente ciò che si vuole sia o non sia fatto

Indicare al paziente gli oggetti o mostrare le azioni desiderate

Rassicurare il paziente sia durante che dopo episodi acuti di delirium

INTERVENTI SULL'AMBIENTE

Orientare alla realtà, come una normale parte delle cure giornaliere

Fornire informazioni circa le apparecchiature non familiari (monitor, linee intravenose, dispositivi di erogazione dell'ossigeno, tubi di drenaggio e cateteri), le regole, il piano di cura e le misure di sicurezza.

Assicurarsi che il dispositivo di chiamata sia a portata di mano del paziente, ne capisca lo scopo e sia in grado di utilizzarlo.

Usare calendari e orologi per aiutare il paziente a orientarsi

Interventi su suoni e luci

Rendere l'ambiente calmo e tranquillo

Fornire occhiali ed ausili per l'udito per massimizzare la percezione sensoriale

Favorire una illuminazione appropriata durante il giorno, e luce debole di notte, considerare l'uso di luci notturne per combattere la confusione notturna

Talora.....Usare musica che ha un significato per il paziente

utilizzo scale di screening e valutazione globale del soggetto

Strumenti di valutazione

The Confusion Assessment Method [Inouye, 1990]

Neecham Scale [Neelon, 1996]

The confusion Assessment Method for ICU [Ely, 2001]

The Intensive Care Delirium Screening Checklist [Bergeron 2001]

Memorial Delirium Assessment Scale [Breitbart et al, 1997]

Delirium Symptom Interview [Albert et al, 1992]