

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola



IL DELIRIUM

DOTT.SSA MABEL MARTELLI

MEDICO GERIATRIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE AUSL IMOLA, REFERENTE CDCD

DELIRIUM

DSM V CARATTERISTICHE DEL DELIRIUM

- ▶ Disturbo della coscienza e dell'attenzione (ridotta capacità di mantenere, focalizzare e sostenere l'attenzione)
- ▶ Il disturbo si sviluppa in un breve periodo (di solito ore o giorni), rappresenta un cambiamento rispetto al livello di base e tende a fluttuare durante il giorno
- ▶ Presenza anche di un'alterazione delle funzioni cognitive (deficit di memoria, disorientamento, deficit del linguaggio, delle abilità visuo-spaziali o della percezione)

- ▶ I disturbi non sono meglio spiegati da un disturbo neurocognitivo pre-esistente e non avvengono nel contesto di un severo deficit della vigilanza (es. coma)
- ▶ C'è evidenza dall'anamnesi, dall'esame obiettivo o dagli esami di laboratorio che il disturbo è causato da una condizione medica, da un'intossicazione da sostanze o crisi di astinenza o dall'effetto collaterale di farmaci
- ▶ Altre caratteristiche che possono accompagnare il delirium sono:
 - 1) Disturbi del comportamento es. Ipo- o iperattività, modifiche della durata e dell'architettura del sonno
 - 2) Disturbi emotivi (es. paura, depressione, euforia)

EPIDEMIOLOGIA

- ▶ Circa il 25% degli anziani ricoverati in ospedale in ambiente medico presentano un episodio di delirium
- ▶ Fra i pazienti ricoverati in ambiente chirurgico il rischio varia dal 10 al 50%, questo è molto evidente nei pazienti con frattura di femore o sottoposti a interventi chirurgici complessi. L'anestesia può aumentare l'apoptosi neuronale con rischio di danno neuronale
- ▶ Alte percentuali di pazienti con delirium sono presenti anche nei reparti di Terapia Intensiva, nei dipartimenti di Emergenza e in Hospice

PATOGENESI

Un ruolo importante nella patogenesi è svolto sia dalle strutture della corteccia cerebrale (lobi frontali e lobo parietale “non dominante”) che dalle strutture sottocorticali (talamo, gangli della base, formazione reticolare pontina)

Hanno un ruolo importante anche le citochine pro-infiammatorie (es. IL6 e TNF-alfa), che oltrepasserebbero la BEE, causando anche alterazioni della microglia con neuroinfiammazione

Sono implicati anche neurotrasmettitori cerebrali come l'acetilcolina (i farmaci anticolinergici possono favorire il delirium)

Condizioni mediche che riducono la sintesi di acetilcolina nel SNC (es. ipossia, ipoglicemia, deficit di tiamina) possono aumentare il rischio di delirium

Nell'AD in cui c'è una perdita di neuroni colinergici può aumentare il rischio in concomitanza con l'uso di farmaci anticolinergici

FATTORI DI RISCHIO

- ▶ Età \geq 65 aa (ridotta riserva biologica)
 - ▶ Deficit cognitivo e/o demenza
- ▶ Patologie cerebrali (es.ictus, malattia di Parkinson)
 - ▶ Frattura di femore
 - ▶ Patologie mediche
 - ▶ Deficit sensoriali

FATTORI PRECIPITANTI (polifarmacoterapia, infezioni, disidratazione, immobilità, intervento chirurgico, malnutrizione, uso del CV)

PRESENTAZIONE CLINICA

- ▶ Alterazione dello stato di coscienza (cambiamento nello stato di vigilanza e nella capacità di mantenere l'attenzione)
 1. Forma ipercinetica (agitazione psicomotoria, a volte allucinazioni)
 2. Forma ipocinetica (rallentamento, sonnolenza, ridotta risposta a stimoli esterni, apatia). Forma piu' difficile da riconoscere e con prognosi peggiore
 3. Forme miste
- ▶ Cambiamenti nello stato cognitivo (Perdita di memoria, disorientamento, difficoltà nel linguaggio)
- ▶ Alterazioni percettive (es. Allucinazioni visive, uditive o somato-sensoriali)

- ▶ Andamento temporale (caratteristiche fluttuanti nel tempo, spesso piu' severe la sera o la notte)
- ▶ Spesso evidenza di una fase prodromica con stanchezza, riduzione dei movimenti, disturbi del sonno, depressione, ansia, irritabilità, ipersensibilità a luci e suoni
- ▶ Spesso nei pazienti molto anziani con demenza il delirium puo' essere l'unico segnale che suggerisce una malattia acuta sottostante

VALUTAZIONE CLINICA

- ▶ RICONOSCERE IL PROBLEMA
- ▶ CONFERMA CLINICA (cambiamento nello stato di coscienza e cognitivo, deficit dell'attenzione, difficoltà nell'eloquio)
- ▶ ANAMNESI con attenzione ai farmaci
- ▶ VALUTAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE (parametri vitali, idratazione, condizioni della cute, ricerca di eventuali foci infettivi, esame neurologico)

STRUMENTI CLINICI

10

THE CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

All'ammissione in ospedale

Variabili	Punteggio 1 se presente 0 se assente
1. Insorgenza acuta C'è stato un cambiamento acuto nello stato mentale del paziente rispetto alla sua situazione di base?	
2. Andamento fluttuante Il comportamento anomalo varia durante la giornata, per esempio va e viene o si modifica di intensità?	
3. Perdita dell'attenzione	
4. Disorganizzazione del pensiero	
5. Alterato livello di coscienza 0= vigile 1= iperallerta, letargia, stupor, coma	
La diagnosi di delirium richiede la presenza di 1, 2, 3 ed alternativamente 4 o 5.	TOT: ____

Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. *Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method, a new method for detection of delirium.* Ann Intern Med 1990; 113: 941-948.

[1] ALERTNESS

This includes patients who may be markedly drowsy (eg. difficult to rouse and/or obviously sleepy during assessment) or agitated/hyperactive. Observe the patient. If asleep, attempt to wake with speech or gentle touch on shoulder. Ask the patient to state their name and address to assist rating.

Normal (fully alert, but not agitated, throughout assessment)	0
Mild sleepiness for <10 seconds after waking, then normal	0
Clearly abnormal	4

[2] AMT4

Age, date of birth, place (name of the hospital or building), current year.

No mistakes	0
1 mistake	1
2 or more mistakes/untestable	2

[3] ATTENTION

Ask the patient: "Please tell me the months of the year in backwards order, starting at December." To assist initial understanding one prompt of "what is the month before December?" is permitted.

Months of the year backwards	Achieves 7 months or more correctly	0
	Starts but scores <7 months / refuses to start	1
	Untestable (cannot start because unwell, drowsy, inattentive)	2

[4] ACUTE CHANGE OR FLUCTUATING COURSE

Evidence of significant change or fluctuation in: alertness, cognition, other mental function (eg. paranoia, hallucinations) arising over the last 2 weeks and still evident in last 24hrs

No	0
Yes	4

4 or above: possible delirium +/- cognitive impairment

1-3: possible cognitive impairment

0: delirium or severe cognitive impairment unlikely (but delirium still possible if [4] information incomplete)

4AT SCORE

VALUTAZIONE CAUSE MEDICHE

1. Alterazioni idro-elettrolitiche
2. Infezioni (tratto urinario, respiratorio, cute e tessuti molli)
3. Tossicità da farmaci o alcool
4. Astinenza da alcool o da farmaci (es. Barbiturici, BDZ, SSR-I)
5. Disordini metabolici (ipoglicemia, ipercalcemia, uremia, tireotossicosi, insufficienza epatica)
6. Stato di ipoperfusione (shock, insufficienza cardiaca)
7. Cause endocraniche (es. ictus, emorragia, meningite)
8. Ritenzione urinaria, fecalomi

- **REVISIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA**

(circa il 30% dei casi di delirium sono legati alla tossicità da farmaci)

- **FARMACI CHE POSSONO FAVORIRE IL DELIRIUM**

(spesso con attività anticolinergica)

1. Sedativo-ipnotici (BDZ specie ad azione prolungata, barbiturici)
2. Antidepressivi (es. amitriptilina)
3. Anticolinergici (es. Difenidramina, ossibutinina, atropina)
4. Oppiacei (meperidina)
5. Antipsicotici (es. Clozapina)
6. Anticonvulsivanti (Fenitoina)
7. Farmaci antiparkinsoniani (Levodopa/Carbidopa, bromocriptina)
8. Anti-H₂ (cimetidina, ranitidina)

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- ▶ Sundowning
- ▶ Sindromi neurologiche focali o lobarari (es. afasia di Wernicke, disfunzione dei lobi temporali, lesioni frontali)
- ▶ Stato epilettico non convulsivo
- ▶ Demenza (lento sviluppo, deficit di memoria piu' colpito in fase precoce rispetto all'attenzione)
- ▶ Patologie psichiatriche e depressione

TEST DIAGNOSTICI

- ▶ **ESAMI DI LABORATORIO** (creatinina, elettroliti, glucosio, emocromo, esame urine, urinocoltura, livelli plasmatici dei farmaci es. digossina, litio, screening tossicologici, EGA, esami di funzionalità epatica, tiroidea, vitamina B12)
- ▶ **ESAMI NEURORADIOLOGICI** (Tac encefalo, es. per pazienti con recenti traumi cranici, uso di anticoagulanti o con anomalie neurologiche focali di recente insorgenza)
- ▶ **EEG, PUNTURA LOMBARE** in casi selezionati

PREVENZIONE DEL DELIRIUM

- ▶ Evitare i fattori che possono aggravare il delirium (polifarmacoterapia, disidratazione, immobilizzazione, deficit sensoriali, alterazione ritmo sonno-veglia)
- ▶ Identificare e trattare le patologie mediche acute sottostanti
- ▶ Fornire supporto per prevenire un ulteriore declino fisico e cognitivo

PREVENZIONE DEL DELIRIUM

MODIFICARE I FATTORI DI RISCHIO

- ▶ Protocolli di orientamento (fornire orologi, calendari, vista sull'esterno dalle finestre, riorientamento verbale)
- ▶ Stimolazione cognitiva (visite regolari dei familiari e degli amici)
- ▶ Facilitazione del sonno fisiologico (evitare somministrazione notturna dei farmaci e riduzione del rumore notturno)

PREVENZIONE DEL DELIRIUM

MODIFICARE I FATTORI DI RISCHIO

- ▶ Evitare e trattare le complicanze mediche (es. stipsi, disidratazione, ipossiemia, infezioni)
- ▶ Evitare o monitorare l'uso di farmaci che possono precipitare il delirium (es. BDZ, oppioidi, antistaminici)
- ▶ Supporto per i deficit visivi e uditivi (uso di occhiali e protesi acustiche)
- ▶ Trattare il dolore con attenzione all'utilizzo degli oppiacei (attenzione anche ai segni non verbali di dolore)

PREVENZIONE DEL DELIRIUM

19

MODIFICARE I FATTORI DI RISCHIO

- ▶ Evitare la cateterizzazione, se non necessaria
- ▶ Incoraggiare la mobilizzazione precoce, ridurre l'uso dei mezzi di contenzione
- ▶ Fornire un adeguato supporto nutrizionale

GESTIONE DEL DELIRIUM

20

TRATTARE LE CONDIZIONI SOTTOSTANTI

1. Encefalopatia metabolica (alterazioni idro-elettrolitiche, infezioni, insufficienza d'organo, ipoglicemia)
1. Tossicità da farmaci (30% di tutti i casi di delirium es. da litio, digossina)
1. Astinenza da alcool o sedativi
1. Trattare deficit di tiamina e nutrizionali

GESTIONE DEL DELIRIUM

21

FORNIRE CURE DI SUPPORTO

1. Mantenere adeguata idratazione e nutrizione, migliorare la mobilità, trattare il dolore, prevenire le lesioni da decubito, migliorare l'incontinenza, minimizzare il rischio di polmoniti da ab-ingestis

1. Gestire l'agitazione con interventi non farmacologici (interventi ambientali, rassicurazione, contatto col paziente, orientamento verbale, favorire la vicinanza dei familiari)

3. L'uso dei mezzi di contenzione fisica è da considerare come l'ultima risorsa, poichè spesso aumenta l'agitazione e crea problemi aggiuntivi

GESTIONE DEL DELIRIUM

22

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

1. **Farmaci antipsicotici** (possono essere usati se il paziente è un pericolo per sè stesso o i sintomi sono molto importanti)

2. Uso di basse dosi di aloperidolo (da 0.5 a 1 mg, fino ad un massimo 5 mg al giorno)

2. E' raccomandato un uso a breve termine, poichè questi farmaci danno un rischio piu' alto di mortalità e ictus soprattutto nei pazienti con demenza

2. Alcuni studi hanno impiegato basse dosi di quetiapina, risperidone, ziprasidone, olanzapina, ma l'alooperidolo è il farmaco con piu' studi

GESTIONE DEL DELIRIUM

23

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

1. Possono essere utili le **benzodiazepine** per l'astinenza da alcool o da farmaci sedativi o in caso di controindicazioni all'uso dei farmaci antipsicotici
2. Può essere utile il Trazodone e i composti PEA (Palmitoiletanolamide) che hanno azione antiinfiammatoria e analgesica
3. È importante trattare il dolore con farmaci analgesici
4. Nel delirium ipoattivo non ci sono in generale farmaci indicati

CASO CLINICO

24

F.I. 82 AA F

APR

Iper-tesa, cirrosi alcolica. 15 giorni prima del ricovero intervento oculistico per edema retinico (instillazione di Ozurdex), per cui è ospite dalla figlia. Autonoma prima del ricovero.

Due accessi in P.S. per disorientamento, agitazione e stato confusionale. Tac encefalo negativa per eventi acuti (atrofia cerebrale+ EVC), esami ematici (lieve deficit di vitamina B12, per il resto nella norma). ECG: ritmo da FA a insorgenza non databile

E.O. Vigile, disorientata, non deficit neurologici focali. Toni cardiaci validi, aritmici. Non segni di scompenso

CASO CLINICO

25

ESAMI STRUMENTALI

Eco-doppler TSA: stenosi CI dx del 50%

V. cardiologica: impostato NAO

TERAPIA

Trittico RP, Quetiapina, Eliquis, Triatec, Bisoprololo, supplementazione folati e vitamina B12

Situazione sociale fragile.

DIAGNOSI

Disturbo neurocognitivo maggiore a genesi mista all'esordio con delirium in paziente con recente intervento oculistico e FA di nuovo riscontro.

Alla dimissione consigliato controllo evolutivo presso CDCD, organizzato dai familiari inserimento in struttura privata

CONSIDERAZIONI ETICHE E PROGNOSI

- Il trattamento dei pazienti con delirium è complicato dalla loro ridotta capacità di prendere le decisioni, per cui sarebbe importante documentare le abilità cognitive del paziente e la sua capacità di prendere decisioni, che spesso ha delle sfumature, non è "tutto o nulla"
- I pazienti ospedalizzati con delirium hanno un rischio fino a 10 volte più alto di complicanze mediche (compreso il decesso), degenze più lunghe, costi più alti e maggiore necessità di invio in strutture assistenziali dopo la dimissione

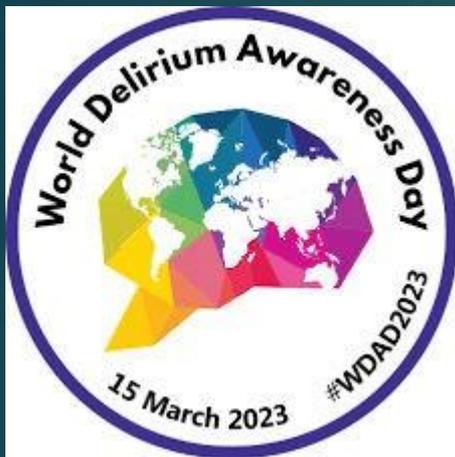
CONSIDERAZIONI ETICHE E PROGNOSI

27

- La mortalità associata al delirium è alta (14% a un mese e 22% a 6 mesi, circa il doppio dei pazienti che non hanno presentato delirium). Più questa condizione si prolunga nel tempo maggiore è il rischio
- Deficit cognitivo persistente (i segni del delirium possono persistere per 12 mesi o più, soprattutto nei pazienti con demenza sottostante)
- I pazienti con AD che hanno presentato delirium hanno un aumentato rischio di istituzionalizzazione e morte

CONCLUSIONI

- IL DELIRIUM E' MOLTO COMUNE TRA GLI ANZIANI RICOVERATI NEI NOSTRI REPARTI DI DEGENZA
- OCCORRE RICONOSCERE E PENSARE A QUESTA CONDIZIONE, QUANDO C'E' UN CAMBIAMENTO NELLO STATO ABITUALE DEL PAZIENTE
- SPESSO E' LA SPIA DI UNA PATOLOGIA ACUTA SOTTOSTANTE, CHE VA RICERCATA IN MODO ATTIVO
- PER LA GESTIONE SPESSO OCCORRE UN APPROCCIO INTEGRATO DELL'EQUIPE MEDICO-INFERMIERISTICA E LA COLLABORAZIONE DELLA FAMIGLIA DEL PAZIENTE

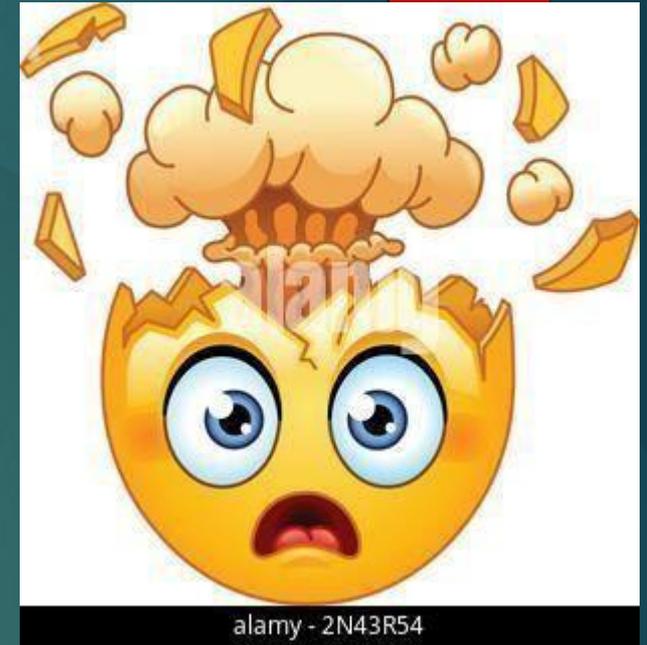


DELIRIUM DAY 2023

AIP REGIONE EMILIA ROMAGNA

4 PASSAGGI PER PENSARE AL DELIRIUM

Il “Delirium Day” è un’iniziativa Mondiale che si organizza dal 2015 con l'obiettivo di sensibilizzare **TUTTI I PROFESSIONISTI DELL’AMBITO SANITARIO** verso il riconoscimento del 'Delirium'



1. INDIVIDUARE IL DELIRIUM

USARE LA SCALA 4AT (www.4at.com)
capire se c'è stato un cambiamento cognitivo e
comportamentale

2. INDIVIDUARE E TRATTARE LE CAUSE PIU' COMUNI

Farmaci



Infezioni



Stipsi o difficoltà
urinare



Disidratazione



Disordini metabolici



Eventi cerebrovascolari
acuti



3. ORIENTARE IL PAZIENTE

Usare occhiali, protesi acustiche, orologi e calendari, fotografie



4. COLLABORARE CON I FAMILIARI



Coinvolgere nella cura e nella prevenzione, ascoltarli per intercettare fluttuazioni e spiegare ai familiari la possibilità che il Delirium si verifichi e come procedere.

NON esistono terapie farmacologiche per il delirium

Bisogna risolvere le cause sottostanti, utilizzare comportamenti adeguati, personalizzare l'approccio non farmacologico alle esigenze individuali dei pazienti, diversificando l'intervento secondo la storia soggettiva di ciascun paziente





C

1. Patient sitting out of bed
2. Patient dressed in normal day attire rather than pajamas
3. Spectacles are on and clean
4. Hearing aids are in and ears have been cleared of wax
5. A drink is within easy reach
6. Call bell is within easy reach
7. Orienting information is available, including a clock
8. The bed is at an appropriate height
9. The patient is engaged in cognitively stimulating activities
10. No unnecessary indwelling devices
11. No polypharmacy

D