

Corso di Aggiornamento

ABILITÀ DECISIONALI E PROBLEM SOLVING

Il paziente con decadimento cognitivo

Il paziente con demenza

Il paziente con Alzheimer

Esine

II SESSIONE: IL DELIRIUM

Paolo Maria Stofler

Geriatra

ASST Valcamonica-Ospedale di Esine

Di cosa voglio parlare

- **Delirium**
 - **Fragilità**
 - **Stato di salute**
 - **Prognosi**
- **Comunicazione**
- **Strategie terapeutiche**
- **Prevenzione**
- **Da non dimenticare**
- **Conclusioni**

Di cosa voglio parlare

- **Delirium**
 - **Fragilità**
 - Stato di salute
 - Prognosi
- Comunicazione
- Strategie terapeutiche
- Prevenzione
- Da non dimenticare
- Conclusioni

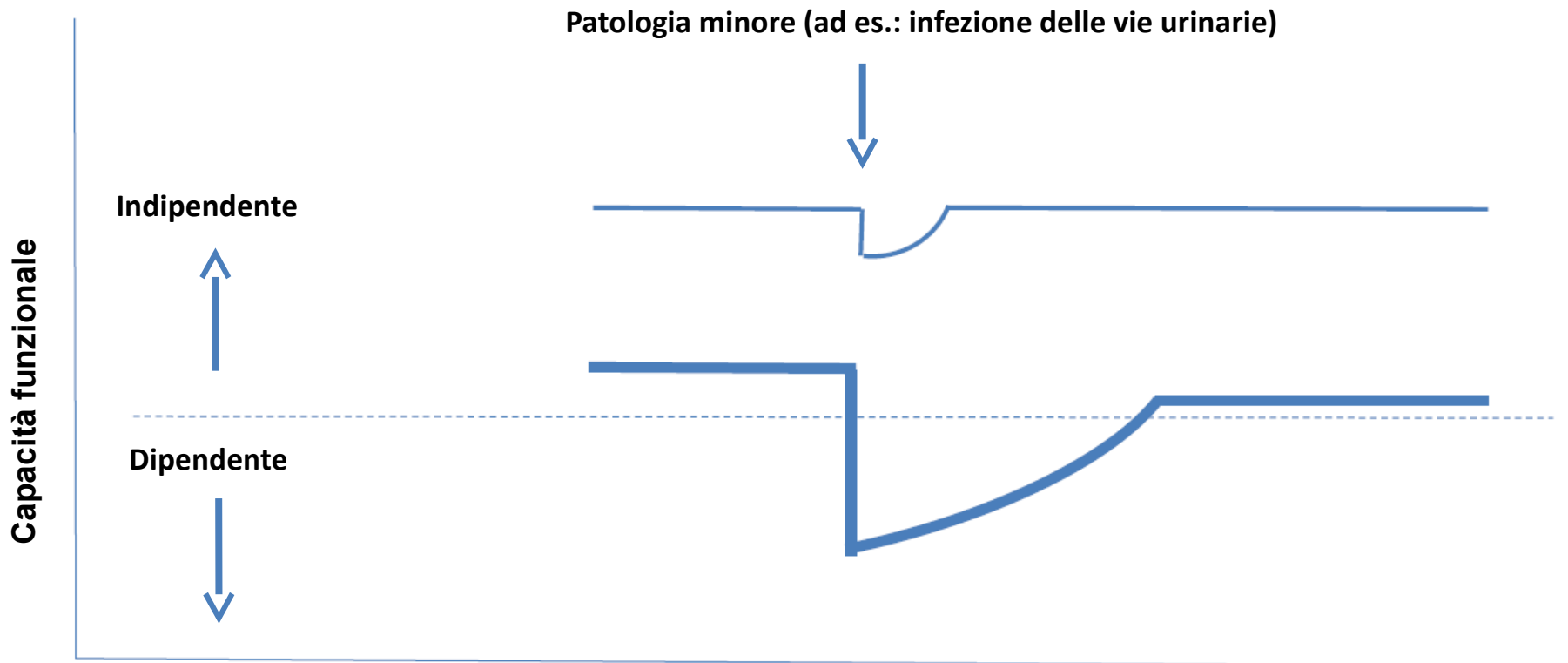


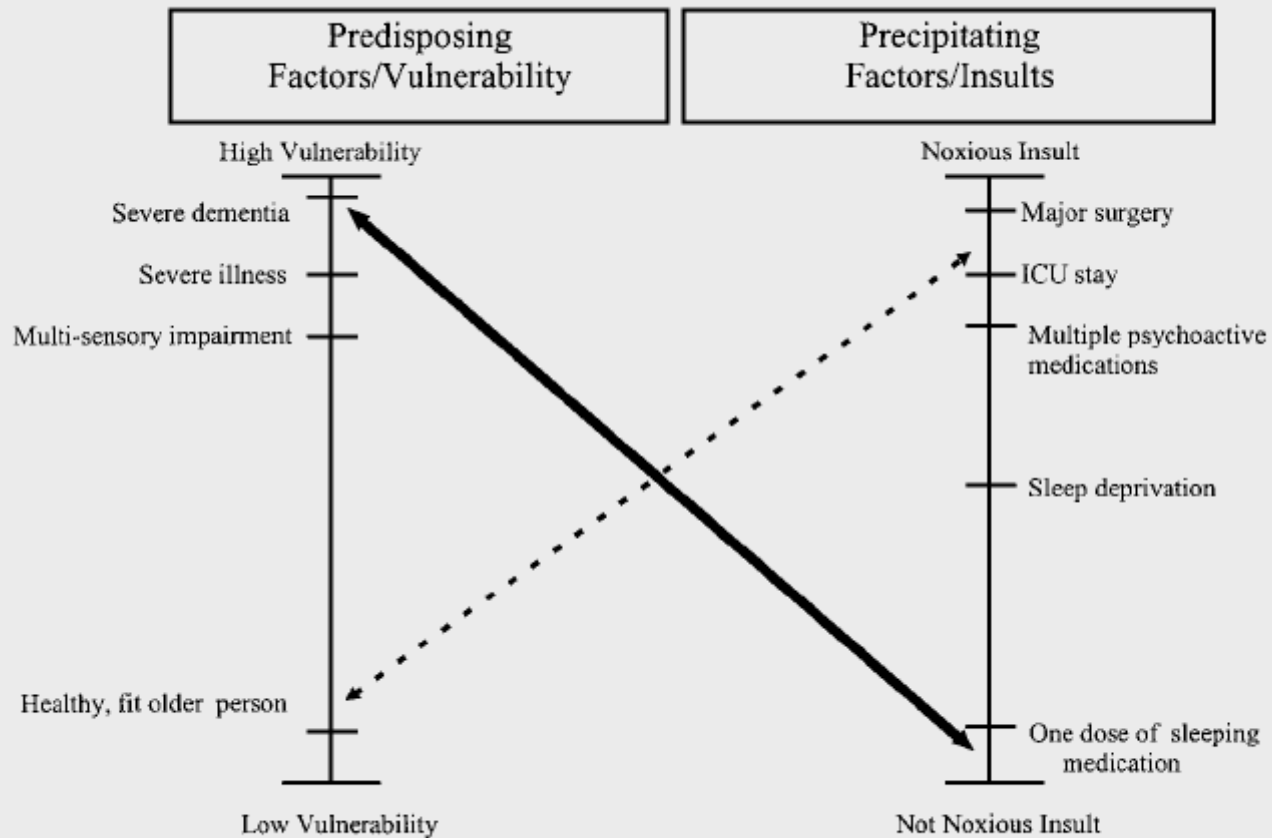
Figura: vulnerabilità del paziente anziano rispetto a un repentino cambio dello stato di salute conseguente a un evento morboso acuto.

La linea più sottile indica la modificazione funzionale di un paziente robusto dopo un evento patologico minore, quale un'infezione urinaria; la linea più larga indica il peggioramento della funzione dopo un evento analogo di un paziente fragile, che può diventare dipendente e non riuscire a ritornare al livello premorboso. La linea orizzontale tratteggiata indica il cut-off tra lo stato di indipendenza e quello di dipendenza.

Di cosa voglio parlare

- **Delirium**
 - **Fragilità**
 - **Stato di salute**
 - **Prognosi**
- **Comunicazione**
- **Strategie terapeutiche**
- **Prevenzione**
- **Da non dimenticare**
- **Conclusioni**

Lo stato di salute (il background clinico)



Di cosa voglio parlare

- **Delirium**
 - **Fragilità**
 - **Stato di salute**
 - **Prognosi**
- Comunicazione
- Strategie terapeutiche
- Prevenzione
- Da non dimenticare
- Conclusioni

Characteristics of 401 patients admitted to a Sub-Intensive Care Unit with no delirium and with cumulative, incident, and prevalent delirium

No Del	Cum. Del	Inc. Del	Prev. Del			
N=284	N=117	N=55	N=62			
M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	P*	M±SD	P**
Length of stay	6.1±5.1	5.9±4.0	0.754	6.7±4.3	5.2±3.6	0.039
Mortality in Hosp, n (%)		14 (4.9)	36 (30.8)	0.001	10 (18.2)	26 (41.9) 0.005

Ranhoff AH, Rozzini R et al. Aging, 2006

Di cosa voglio parlare

- **Delirium**
 - **Fragilità**
 - **Stato di salute**
 - **Prognosi**
- **Comunicazione**
- Strategie terapeutiche
- Prevenzione
- Da non dimenticare
- Conclusioni

Presentazione atipica di malattia

Malattia	Giovane-Adulto	Anziano
Ipertiroidismo	Gozzo, tremore, ansia, perdita di peso	Fibrillazione atriale, angina, delirium, depressione
Infarto del miocardio	Dolore toracico	Delirium, sincope, scompenso
Ischemia cardiaca	Dolore toracico	Cardiopalmò, dispnea
Scompenso cardiaco	Dispnea, affaticabilità	Disabilità, delirium
Polmonite	Tosse, dispnea, febbre	Delirium, astenia, disabilità

Il manifestarsi del delirium dipende dall'interazione complessa di fattori di rischio multipli, alcuni dei quali modificabili target potenziali di prevenzione. Tra gli anziani la demenza è il fattore di rischio maggiore (2/3 dei casi di delirium).

Fattori di rischio potenzialmente modificabili

- Deficit sensoriali (ipovisione e ipoacusia)
- Immobilità (Foley o contenzione)
- Farmaci (ad esempio, ipnotici-sedativi, narcotici, anticolinergici, corticosteroidi, politrattamento, astinenza alcolica o farmacologica)
- Patologie neurologiche acute (ad esempio, stroke [di solito parietale dx], emorragia intracranica, meningite, encefalite)
- Patologie intercorrenti (ad esempio, infezioni, complicanze iatrogene, patologie acute gravi, anemia, disidratazione, stato nutrizionale scadente, fratture o trauma)
- Scopenso metabolico
- Chirurgia
- Ambientali (ad esempio, ricovero in ICU)
- Dolore
- Stress emotivo
- Deprivazione di sonno

Fattori di rischio non modificabili

- Demenza o deficit cognitivo
- Età avanzata (>65 anni)
- Anamnesi di delirium, stroke, patologie neurologiche, disturbi della mobilità
- Comorbilità
- Genere (sesso maschile)
- Patologie croniche renali o epatiche

Di cosa voglio parlare

- **Delirium**
 - **Fragilità**
 - **Stato di salute**
 - **Prognosi**
- **Comunicazione**
- **Strategie terapeutiche**
- **Prevenzione**
- **Da non dimenticare**
- **Conclusioni**

Delirium

Strategie di terapia farmacologica

La maggior parte degli studi disponibili hanno focalizzato l'attenzione prevalentemente sull'impiego di farmaci antipsicotici o sedativi del delirium. Sebbene questi farmaci siano efficaci nel ridurre l'agitazione e i disturbi comportamentali associati al delirium, che spesso disturbano l'organizzazione assistenziale, non esiste alcuna evidenza che la terapia antipsicotica o sedativa sia in grado di migliorare in modo significativo la prognosi dei pazienti.

Oggi si pratica una terapia finalizzata a convertire il delirium iperattivo in delirium ipoattivo (più facilmente gestibile). Un numero crescente di evidenze suggerisce però che il trattamento sedativo possa prolungare la durata del delirium e dei disturbi cognitivi ad esso associati e peggiorare gli outcome clinici. La terapia del delirium dovrebbe essere focalizzata al trattamento che faciliti il recupero, migliori lo stato funzionale e gli outcome clinici.

Prevenzione farmacologica

Ad oggi non si raccomanda alcun approccio farmacologico preventivo del delirium.

Terapia farmacologica del delirium

Farmaco

Dose

Effetti collaterali

Antipsicotici

Aloperidolo
Serenase®: 5gtt=0.5mg
1fl=2 mg

0.5-1.0 mg per due volte al giorno per os (al bisogno aggiungere una dose ogni 4 ore) (effetto picco, 4-6 ore);
0.5-1.0 mg intramuscolo; ripetere se necessario dopo 30-60 minuti (effetto picco, 20-40 min)

Effetti extrapiramidali, specie se la dose >3 mg al giorno. Allungamento del QT all'ECG.
Da evitare nei pazienti con sindrome da astinenza, insufficienza epatica, sindrome maligna da neurolettici

Quetiapina
Seroquel®: 1cp=25mg

25 mg per due volte al giorno

Effetti extrapiramidali equivalenti, forse lievemente inferiori, all'aloperidolo. Allungamento del QT all'ECG

Benzodiazepine

Lorazepam
Tavor®: 1cp=1mg
20gtt=1mg
1fl=4mg

0.5-1.0 mg per os (al bisogno aggiungere una dose ogni 4 ore);
nell'emergenze si può somministrare e.v. (0.5-1.0mg)

Effetto paradossale, depressione respiratoria, ipersedazione

Antidepressivi

Trazodone
Trittico®: 1cp=75mg
1gtt=1mg

25-150 mg per os alla sera

Ipersedazione

Di cosa voglio parlare

- **Delirium**
 - **Fragilità**
 - **Stato di salute**
 - **Prognosi**
- **Comunicazione**
- **Strategie terapeutiche**
- **Prevenzione**
- **Da non dimenticare**
- **Conclusioni**

The New England Journal of Medicine

© Copyright, 1999, by the Massachusetts Medical Society

VOLUME 340

MARCH 4, 1999

NUMBER 9



A MULTICOMPONENT INTERVENTION TO PREVENT DELIRIUM IN HOSPITALIZED OLDER PATIENTS

SHARON K. INOUE, M.D., M.P.H., SIDNEY T. BOGARDUS, JR., M.D., PETER A. CHARPENTIER, M.P.H.,
LINDA LEO-SUMMERS, M.P.H., DENISE ACAMPORA, M.P.H., THEODORE R. HOLFORD, PH.D., AND LEO M. COONEY, JR., M.D.

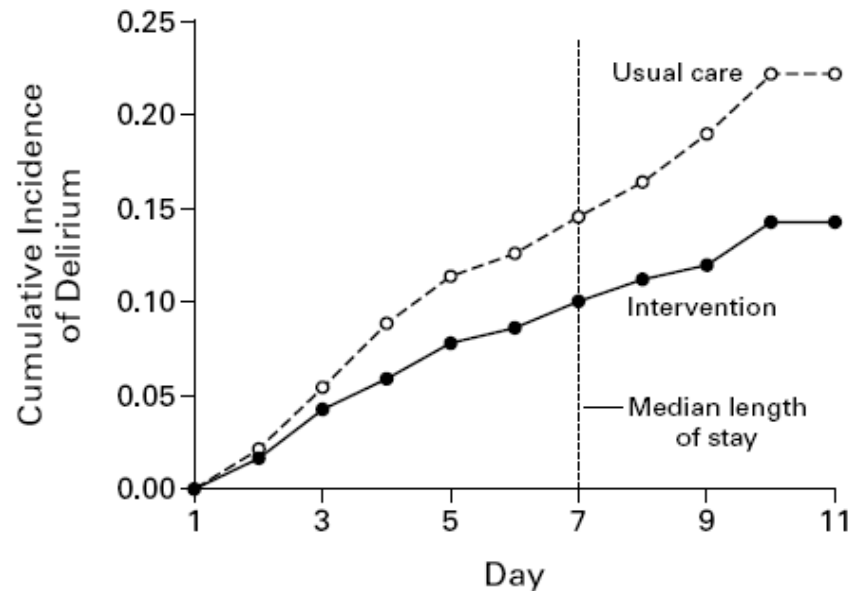


Figure 1. Cumulative Incidence of Delirium According to Study Group.

The cumulative incidence of delirium was defined as the probability of the development of delirium by a specified time. Data on patients were censored at the time of discharge or death. The difference between the groups was significant (chi-square= 4.77; $P=0.03$ by the log-rank test). Kaplan–Meier estimates of the incidence of delirium at the median length of the hospital stay (seven days, indicated by the dotted line) were 0.100 for the intervention group and 0.145 for the usual-care group.

Delirium

Prevenzione

La prima regola nella cura del delirium è quella di rimuovere le possibili cause; pazienti a rischio di delirium sono quelli con:

1. Preesistente demenza
2. Condizione medica severa
3. Abuso di alcool
4. Limitazione funzionale
5. Na⁺ sierico alterato
6. Sesso maschile
7. Depressione
8. Alterazione udito
9. Alterazione vista

Delirium

Non tutti sono concordi nell'attribuire un ruolo specifico di rischio anche a fattori psicologici-ambientali che si possono sommare nello stesso paziente (si ricorda ad esempio: l'ospedalizzazione, la depressione, il dolore, la paura, la deprivazione sensoriale e l'interruzione del sonno, soprattutto nelle unità di cura intensiva); questi fattori possono in ogni modo essere ridotti con interventi preventivi sull'ambiente e con l'adeguata l'educazione del personale.

Le linee guida per la prevenzione del delirium riguardano il controllo di alcuni fattori di rischio; i più importanti risultano essere:

- Evitare, per quanto possibile, farmaci a rischio;
- Mantenere una buona idratazione;
- Evitare ipotensioni ed l'ipossia;
- Trattare prontamente patologie acute;
- Utilizzare tecniche d'orientamento;
- Correggere i deficit sensoriali,
- Tenere l'ambiente bene illuminato e poco rumoroso.

Di cosa voglio parlare

- **Delirium**
 - **Fragilità**
 - **Stato di salute**
 - **Prognosi**
- **Comunicazione**
- **Strategie terapeutiche**
- **Prevenzione**
- **Da non dimenticare**
- **Conclusioni**

Aspetti da non dimenticare nell'approccio al paziente con delirium:

- Chiedere ai familiari di tutti i pazienti anziani ospedalizzati per malattia acuta se recentemente è occorso qualche cambiamento cognitivo repentino, in concomitanza con il manifestarsi della malattia che ha portato al ricovero; Il delirium va ricercato in tutti i pazienti anziani ricoverati per patologia acuta utilizzando strumenti specifici (ad es CAM)**
- Valutare e rivedere la terapia farmacologica in atto; la riduzione del numero e delle dosi dei farmaci psicoattivi, laddove possibile, dovrebbe essere il primo step da fare**
- Per la terapia dei disturbi del sonno, dell'ansia e dell'agitazione tentare un primo approccio non farmacologico**
- Riservare l'uso dei farmaci ai pazienti con grave agitazione a elevato rischio di compromettere un trattamento medico salvavita (ad es. ventilazione) o che possono provocarsi lesioni fisiche oppure con sintomi psicotici gravemente stressanti (ad es. allucinazioni, deliri);**
- Coinvolgere sempre i familiari nella cura, particolarmente nel ri-orientamento o nella prevenzione delle lesioni auto provocate;**
- Evitare l'allettamento e incoraggiare la mobilitazione e la self-care;**
- Assicurarsi che il paziente, se necessari, usi occhiali, apparecchi acustici, dentiere (essere in grado di vedere, udire e mangiare è importante in ogni setting di cura);**
- Fare in modo che i pazienti siano attivi nei programmi di cura; comunicare regolarmente con loro e non solo con i familiari.**

Di cosa voglio parlare

- **Delirium**
 - **Fragilità**
 - **Stato di salute**
 - **Prognosi**
- **Comunicazione**
- **Strategie terapeutiche**
- **Prevenzione**
- **Da non dimenticare**
- **Conclusioni**