



## **AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA**

*Sede Legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA*

*Tel. 0382 530596 - Telefax 0382 531174*

*www.ospedali.pavia.it*

# **Raccomandazioni per la prevenzione ed il trattamento del delirium nel paziente anziano ricoverato**

Rev.	n°	Descrizione modifica	Firma	Data
Rev.	0			Marzo 2014
<b>Preparato:</b> Gruppo di Lavoro Ufficio Rischio Clinico		<b>Verificato e approvato:</b> Direzione Sanitaria Aziendale Risk Manager Aziendale		

## **GRUPPO DI LAVORO**

Anna Levati Risk Manager Aziendale

Laura Bernasconi Ufficio Rischio Clinico

Daniela Bono U.O. Medicina Interna Ospedale Mortara

Maurizia Gorrini SPDC Ospedale Voghera

Lucio Liberato U.O. Medicina Interna Ospedale Casorate

Antonella Mascherpa Ufficio Infermieristico Ospedale Broni-Stradella

Rossana Scabrosetti U.O. Medicina Interna Ospedale Broni-Stradella

Isabella Rapetti Ufficio Infermieristico Oltrepo

## Sommario

<b>1. PREMESSA</b> .....	<b>3</b>
1.1 .DEFINIZIONE DI DELIRIUM .....	3
1.2 EZIOLOGIA.....	3
<b>2. SCOPO</b> .....	<b>4</b>
<b>3. CAMPO DI APPLICAZIONE</b> .....	<b>5</b>
<b>4. DIAGNOSI E MODALITA' OPERATIVE</b> .....	<b>5</b>
4.1. DIAGNOSI .....	5
4.2.GESTIONE DEL PAZIENTE CON DELIRIUM .....	6
4.2.1 <i>Trattamento non farmacologico</i> .....	6
4.2.2 <i>Trattamento farmacologico</i> .....	7
<b>5.BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>8</b>

## 1. PREMESSA

Il delirium (o stato confusionale acuto) è una sindrome clinica comune e grave nell'anziano che decorre spesso non diagnosticata e pertanto non trattata, con significative conseguenze in termini di outcomes di salute ed economici. E' una patologia che interessa circa il 30% dei soggetti anziani ospedalizzati e necessita di una particolare attenzione in quanto la sua comparsa è indice di una prognosi peggiore. I pazienti che sviluppano delirium, infatti, presentano un rischio dieci volte maggiore di morte sia durante l'episodio di ricovero che a 6 mesi (35 - 40%), cinque volte maggiore di complicanze nosocomiali, un elevato ricorso alla istituzionalizzazione a 6 mesi (47% versus 18%) un prolungamento dei tempi di degenza (21 giorni versus 9 giorni) rispetto ai pazienti che non lo sviluppano. Il delirium può essere presente sia all'ammissione in reparto (delirium prevalente) o insorgere durante la degenza (delirium incidente). I dati epidemiologici sul delirium riguardano prevalentemente la popolazione ospedalizzata e mostrano che questa patologia si manifesta nel 10 - 15% dei pazienti operati (in particolare in quelli sottoposti ad intervento per frattura di femore la probabilità di delirium sarebbe stimata del 40 - 55%), sino a raggiungere percentuali del 70 - 80% in ambiente intensivo.

### 1.1 Definizione di delirium

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) definisce il delirium come un disturbo ad insorgenza acuta, transitorio, con decorso fluttuante e nella maggior parte dei casi di breve durata (ore o giorni) che comporta perdita dell'attenzione ed alterazione dello stato di coscienza. Esistono tre forme di delirium in relazione allo stato psicomotorio:

1. delirium ipercinetico (25%) il soggetto si presenta agitato, confuso, talvolta aggressivo e spesso presenta allucinazioni visive ed uditive,
2. delirium ipocinetico (25%) il soggetto si presenta apatico e letargico,
3. delirium misto (50%) si manifesta con caratteristiche di entrambi i quadri descritti.

Si sottolinea come più facilmente vengano colti, in particolare dal personale infermieristico che è più a contatto con il paziente, i sintomi del delirium ipercinetico rispetto a quello ipocinetico, che attira in minor misura l'attenzione del personale sanitario per la minore problematicità di gestione.

### 1.2 Eziologia

Il delirium è una sindrome multifattoriale che deriva dall'interazione complessa tra i fattori connessi all'ospedalizzazione (fattori precipitanti) e/o la vulnerabilità basale pre ospedalizzazione dell'individuo (fattori predisponenti) (Tabella 1).

Nell'anziano che si presenta già con un quadro di particolare fragilità dovuto a comorbilità, ridotta autonomia, polifarmacoterapia e polipatologia la stessa ospedalizzazione può rappresentare il fattore scatenante del delirium.

Tabella 1

Fattori predisponenti	Fattori precipitanti
<ul style="list-style-type: none"> <li>o età avanzata</li> <li>o deficit cognitivo</li> <li>o gravità/severità di malattie</li> <li>o deficit sensoriale</li> <li>o disabilità nelle ADL</li> <li>o sesso maschile</li> <li>o depressione,</li> <li>o alcolismo</li> <li>o malnutrizione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o dolore</li> <li>o cateterismo vescicale</li> <li>o intervento di chirurgia maggiore</li> <li>o uso di contenzione</li> <li>o malnutrizione</li> <li>o disidratazione</li> <li>o immobilità</li> <li>o deprivazione sensoriale</li> <li>o ricovero in UTI</li> <li>o farmaci psicoattivi</li> <li>o ipossia, ipoglicemia</li> <li>o deprivazione di sonno</li> <li>o ritenzione urinaria</li> </ul>

Il **delirium** può essere indotto da diverse **altre cause** quali:

- o delirium indotto da farmaci il farmaco in questione ha effetti sul SNC (per esempio sedativi, narcotici, ipnoinducenti, anticolinergici),
- o delirium secondario ad infezioni sono presenti segni di infezione (febbre, leucocitosi),
- o alterazioni idro-elettrolitiche sono presenti segni clinici di modificazioni della volemia (storia di diarrea, vomito, secchezza delle mucose, oliguria),
- o disturbi endocrino metabolici (uremia, encefalopatia epatica, ipoglicemia, iperglicemia, distiroidismo, insufficienza surrenalica),
- o processi intracranici evidenza clinica, dall'anamnesi e/o esame obiettivo, di un processo intracranico (ictus, TIA, edema cerebrale, ematoma subdurale),
- o compromissione cardiopolmonare e/o ipossia (scompenso cardiaco, ipotensione),
- o alcol e sindrome da astinenza assunzione recente di alcool o di sostanze sedative con storia di uso cronico.

Il **delirium post operatorio**, con incidenza del 15-25% dopo procedure elettive e del 35-65% dopo interventi d'urgenza e a maggiore prevalenza in ambito ortopedico, è determinato dalle seguenti cause:

- o ipossia cerebrale perichirurgica,
- o ipotensione,
- o aumento di cortisolo da stress chirurgico,
- o uso di farmaci narcotici con attività anticolinergica,
- o dolore postchirurgico,
- o alterazioni idro-elettrolitiche.

## 2. SCOPO

Le raccomandazioni riportate hanno lo scopo di indirizzare gli operatori sanitari ad identificare precocemente i soggetti a rischio di delirium, ad agire sui fattori di rischio modificabili correlati al delirium, a prevenire le possibili complicanze ed a fornire indicazioni rispetto al trattamento sintomatologico del delirium.

### 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

L'applicazione delle raccomandazioni è prevista in tutte le UU.OO. dell'Azienda Ospedaliera della provincia di Pavia.

### 4. DIAGNOSI E MODALITA' OPERATIVE

#### 4.1. Diagnosi

La diagnosi di delirium è essenzialmente clinica e si basa su un'accurata anamnesi, sull'osservazione del comportamento e sull'accertamento cognitivo. La valutazione è sia medica che infermieristica. Il personale infermieristico deve rilevare i cambiamenti nello stato cognitivo del paziente, nell'agire quotidiano, nel comportamento e nell'umore basandosi sulle proprie osservazioni.

Nell'anziano il delirium può essere l'unico sintomo di esordio di qualsiasi patologia acuta, sia medica che chirurgica. L'alterazione cognitiva è globale ed i disturbi fluttuanti del comportamento vanno dall'agitazione psicomotoria al sopore.

Il *gold standard* per la diagnosi di delirium si basa sui quattro criteri contenuti nel Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) ed elaborati dall' American Psychiatric Association:

1. disturbo dello **stato di coscienza** (ridotta consapevolezza dell'ambiente) con ridotta capacità di fissare, mantenere e spostare l'**attenzione**.
2. alterazioni della **sfera cognitiva** (deficit di memoria, disorientamento temporo-spaziale, disturbi del linguaggio) o **disturbi percettivi** non giustificabili da una demenza preesistente o in evoluzione.
3. sviluppo del disturbo in un **periodo di tempo breve** (di solito ore o giorni) con un decorso **fluttuante** nel corso della giornata.
4. evidenza dall'anamnesi, dall'esame obiettivo o da altri accertamenti diagnostici che il disturbo è causato da conseguenze fisiche derivanti **da una patologia medica in corso, da un'intossicazione da farmaci/alcool o da una sindrome di astinenza**.

Considerando l'importanza di questa patologia e il suo frequente non riconoscimento, sono state proposte diverse scale di valutazione studiate per la diagnosi di delirium di cui ricordiamo:

**Confusion Assessment Method** (CAM) che è stata validata in una popolazione ospedalizzata molto ampia e consente di distinguere il delirium dalla demenza e dalla depressione con buon grado di evidenza e con sensibilità e specificità molto elevate (dal 94 al 100% e dal 90 al 95%, rispettivamente).

**Neelson and Champagne Confusion Scale** (NEECHAM) questa scala è più dettagliata, ma di notevole complessità. Per compilarla si devono valutare tre diversi livelli di assessment: processing, comportamento e funzioni fisiologiche e, per ciascuna variabile richiesta dai tre livelli, è proposta una scala di valutazione per complessive nove scale di valutazione.

**Mini Mental State Examination** (MMSE) non rende possibile la diagnosi di delirium e non distingue tra delirium e demenza, anche se la variazione del suo punteggio nel tempo in controlli seriali è orientativa. Il MMSE non rileva la caratteristica variabilità dei sintomi, né i disturbi psicomotori.

**Confusional State Evaluation (CSE)** che valuta il disorientamento, le alterazioni del comportamento, il linguaggio inappropriato e le illusioni/allucinazioni.

**Delirium Rating Scale (DRS)** composta da 10 items consente di quantizzare la gravità del delirium.

E' evidente che la storia recente è fondamentale per risalire all'inizio dei sintomi, all'uso di farmaci (tipo e dosaggio) e all'assunzione di bevande alcoliche. Nell'anamnesi bisogna ricercare accuratamente analoghi episodi nel passato e la presenza di un preesistente deficit cognitivo. Nell'anziano l'esordio del delirium può essere mascherato: le cadute o una improvvisa incontinenza possono essere il primo segno dell'insorgenza di delirium.

Considerando la facilità d'uso e l'accuratezza diagnostica il Confusion Assessment Method (CAM) è il miglior strumento per confermare la diagnosi (Tabella 2).

### **Tabella 2 The Confusion Assessment Method Diagnostic Algorithm.**

La diagnosi di delirium richiede la presenza di 1, 2 e, alternativamente, 3 oppure 4

---

1. **Insorgenza acuta e andamento fluttuante:**

Dato acquisito di solito da un familiare: c'è stato un cambiamento acuto nello stato mentale del paziente rispetto alla sua situazione di base? Il comportamento anormale varia durante la giornata, per esempio va e viene o si modifica di intensità?                      0 = no    1 = sì

2. **Perdita dell'attenzione**

Il paziente presenta difficoltà nel concentrare la sua attenzione, per esempio è facilmente distraibile, non riesce a mantenere il filo del discorso ecc.?                      0 = no    1 = sì

3. **Disorganizzazione del pensiero**

Il pensiero del paziente è disorganizzato e incoerente, passa da un argomento all'altro senza filo logico, in modo imprevedibile?                      0 = no    1 = sì

4. **Alterato livello di coscienza**

0 = vigile    1 = iperallerta, letargia, stupor, coma

---

## **4.2 Gestione del paziente con delirium**

L'approccio al paziente con delirium consiste nella correzione e/o eliminazione, per quanto possibile, dei fattori predisponenti o precipitanti potenzialmente modificabili.

Il trattamento sintomatologico del delirium consiste di una componente non farmacologica e di una farmacologica.

### 4.2.1 Trattamento non farmacologico

La gestione non farmacologica, che è il trattamento di prima scelta nei pazienti affetti da delirium, mira al recupero dell'orientamento del paziente ed include i seguenti interventi:

- o **valutazione dei farmaci** assunti dal paziente per identificare l'eventuale uso di farmaci che possono favorire l'insorgenza di delirium,
- o **adeguata idratazione** e regolare **apporto nutritivo**, anche per via parenterale; esso deve comprendere, oltre ai liquidi, proteine, sali minerali e vitamine, importanti se si sospetta una sindrome di astinenza da alcool,
- o **prevenzione dell'ipossiemia** somministrando **ossigeno** (utile quando il delirium è associato a broncopneumopatia cronica e/o a enfisema), in quanto l'ipossia riduce le funzioni cerebrali,

- garanzia della **sicurezza del paziente** cercando di prevenire le complicanze associate al delirium quali le lesioni causate da cadute o da rimozione autonoma di presidi sanitari come per esempio accessi venosi o catetere vescicale. L'utilizzo di mezzi di contenzione, come le spondine, deve essere valutato attentamente dall'équipe assistenziale poiché può aumentare la probabilità di caduta, il rischio di lesioni più gravi ed il grado di agitazione ed aggressività. Può essere preferibile ridurre, ove possibile, l'altezza del letto e/o appoggiare il letto contro la parete,
- **creazione di un ambiente** tranquillo e confortevole se possibile con oggetti famigliari al paziente. Garantire una buona illuminazione, non eccessiva, che eviti possibilmente le ombre (causano illusioni), favorire il ritmo sonno – veglia. Evitare la deprivazione sensoriale, eliminare i rumori improvvisi e fastidiosi, mantenere un tono di voce rassicurante. Avere il campanello di chiamata facilmente accessibile. Evitare la presenza di due pazienti agitati nella stessa camera di degenza,
- **presenza dei familiari**, dei caregivers e degli amici accanto al paziente,
- correzione di eventuali **deficit sensoriali** riposizionando le protesi dentarie e/o acustiche,
- **attività fisica**, mobilizzando il paziente per evitare la sindrome da allettamento,
- **trattamento del dolore** e **regolarizzazione** della **funzione urinaria ed intestinale**.

#### 4.2.2 Trattamento farmacologico

Si parla di “contenzione farmacologica”, in quanto il farmaco non tratta la causa del delirium, ma piuttosto tende a sedare le manifestazioni disturbanti. L'anziano con delirium ipoattivo non richiede sedazione. I farmaci devono essere utilizzati solo quando il trattamento non farmacologico non è risultato efficace, in particolare nei casi in cui:

1. l'agitazione causa uno sforzo eccessivo per l'apparato cardiorespiratorio del paziente (per esempio agli scompensati cardiaci cronici),
2. l'agitazione impedisce la somministrazione della terapia farmacologica,
3. il paziente è pericoloso per sé e per gli altri.

E' importante ricordare che ogni farmaco psicoattivo può peggiorare la confusione mentale, soprattutto quando ha effetti anticolinergici. Non esiste il farmaco ideale: quando sono prescritti farmaci sedativi si deve utilizzare il dosaggio minimo efficace, per il più breve tempo possibile: ciò richiede un monitoraggio attento e frequente dello stato clinico e della terapia. Quando il paziente è stazionario per 36 ore è bene sospendere il farmaco.

Tra i **neurolettici**, l'Aloperidolo ha una efficacia che raggiunge un ottimo grado di evidenza; agisce rapidamente, ha meno effetti collaterali anticolinergici, pochi metaboliti attivi e bassa probabilità di causare sedazione ed ipotensione. Si somministra prevalentemente per via orale. Nell'anziano con agitazione psicomotoria il dosaggio medio è di 1 mg ogni 8 -12 ore.

Tra i neurolettici più utilizzati la Promazina per via orale (10 gocce) o per via intramuscolare (½ fiala) ripetibile all'occorrenza. Non bisogna dimenticare che i neurolettici allungano l'intervallo QT e possono indurre torsione di punta. E' fondamentale l'esecuzione di frequenti elettrocardiogrammi: se il QT supera i 450 millisecondi o il 25% della durata del QT basale è indicata la sospensione del farmaco.

Gli **antipsicotici atipici** (Risperidone) sono molto efficaci nel trattamento del delirium ed hanno meno effetti collaterali di tipo extrapiramidale. L'efficacia e la sicurezza del Risperidone raggiungono una buona evidenza clinica in quanto esistono almeno due RCT che dimostrano come il suo impiego sia significativamente più efficace del placebo nel ridurre i sintomi deliranti nei soggetti anziani affetti da demenza ed induca meno effetti

extrapiramidali dell'Aloperidolo. Il dosaggio medio efficace che non provoca effetti collaterali è 1- 2 mg/die nel paziente anziano con demenza.

Le **benzodiazepine** ad emivita breve ed intermedia sono state spesso utilizzate nel trattamento del delirium. La loro attività è solo sedativa, non modificano il corso della confusione mentale. Hanno un'azione rapida, ma possono causare disinibizione. Sono i farmaci di scelta nelle sindromi da astinenza da alcool e da farmaci sedativi-ipnotici. Non vanno mai utilizzate quando c'è depressione respiratoria. Nel paziente anziano si utilizza preferibilmente il Lorazepam 4 mg fl per via intramuscolare che ha un'emivita breve, non forma metaboliti attivi e può essere utilizzato da solo o in combinazione con gli antipsicotici.

## 5.BIBLIOGRAFIA

- National Clinical Guideline Centre. Delirium: diagnosis, prevention and management. July 2010 NICE Clinical Guideline 103.
- Mussi C., Salvioli G. Linee guida per la diagnosi e la terapia del delirium nell'anziano. Giornale Gerontologia 2000; 48: 434-40.
- Marinelli E. Delirium post operatorio. Quesiti clinico assistenziali 2011; 16: 2-10.
- Gnerre P., Bozzano C., La Regina M. Delirium nell'anziano: diagnosi, prevenzione, trattamento. Italian Journal of Medicine 2013; 1:1-12.
- Mussi C. Il delirium nell'anziano come si diagnostica. Giornale Gerontologia 2004; 52: 368-75.
- Praga F. Delirium in Terapia Intensiva: un evento spesso non riconosciuto. Io infermiere 2008; 1:44-8.
- Brown T.M., Boyle M.F. Delirium. BMJ 2002; 325: 644-47.
- Brugnettoni L., Chiarabelli M., Frattarolo R. L'assistenza infermieristica al paziente adulto ospedalizzato con stato confusionale acuto/delirium. Azienda Ospedaliera di Bologna Centro studi EBN.
- Nardi R. Il delirium nel paziente anziano ospedalizzato: problema ignorato dagli internisti Italian. Journal of Medicine 2007; 4:1-3.
- Miller M.O. Evaluation and management of delirium in hospitalized older patients. Am Fam Physician 2008; 78: 1265-70.