

IL DELIRIUM: STRATEGIE DI PREVENZIONE E GESTIONE

Collegio IPASVI Brescia
17- 24 Gennaio 2013

Zani Michele
Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia
Fond. Le Rondini Città di Lumezzane ONLUS

IL PROGRAMMA

14.30	Saluto del Presidente del Collegio	Stefano Bazzana
14.35	Presentazione del corso: razionale, obiettivi e contenuti	Angelo Benedetti
14.45	Il delirium	Michele Zani
16.00	Linee guida di riferimento	Michele Zani
17.00	Gli strumenti di valutazione del rischio di delirium	Michele Zani
18.00	Confronto – dibattito	Michele Zani
18.30	Conclusione della giornata	Angelo Benedetti

IL PROGRAMMA

14.30	Presentazione della giornata	Angelo Benedetti
14.35	La prevenzione e la gestione del delirium	Michele Zani
16.30	Lavoro di gruppo: prevenzione e gestione del disturbo comportamentale	Angelo Benedetti Michele Zani
17.30	Presentazione dei lavori e discussione in plenaria	Angelo Benedetti Michele Zani
18.15	Valutazione dell'apprendimento e del gradimento	Angelo Benedetti Michele Zani
18.30	Conclusione dell'evento formativo	Angelo Benedetti

IL MESSAGGIO DI OGGI

THINK DELIRIUM

DIAGNOSI DI DELIRIUM – DSM IV

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) non giustificabili da una demenza preesistente o in evoluzione.
3. Il disturbo si manifesta in un periodo di tempo breve (di solito ore o giorni) ed ha un decorso fluttuante nel corso della giornata.
4. C'è evidenza dalla storia, dall'esame obiettivo, o da altri accertamenti che il disturbo è una diretta conseguenza di una patologia medica in corso, di un'intossicazione da farmaci o da una sindrome di astinenza..

RIPRENDIAMO QUALCHE CONCETTO...

□ Ipercinetico: caratterizzato dal riscontro all'esame obiettivo di ansia, iperattività o aggressività transitoria e fluttuante alterazione dello stato di coscienza.

Ipocinetico: prevale letargia, ipoattività, rallentamento ideomotorio

Modalità di manifestazione:

✓ Misto: il corso sintomatologico è caratterizzato dall'alternanza di queste due condizioni

✓ Ipocinetico

✓ Misto

COME DIFFERENZIARE IL DELIRIUM DALLA DEMENZA ?

CLINICAL FEATURES OF DELIRIUM, DEMENTIA, AND DEPRESSION

Adapted from Foreman MD, Grabowski R. Diagnostic dilemma: cognitive impairment in the elderly. J Gerontol Nurs 1992; 18(9):5-12

DIAGNOSI DI DEMENZA – DSM IV

1. La presenza di deficit cognitivi che si manifestano attraverso:
 - a) deficit di memoria
 - b) uno o più dei seguenti disturbi cognitivi: afasia, aprassia, agnosia, disturbi nelle funzioni esecutive (pianificare, organizzare...)
2. I deficit cognitivi devono impattare in maniera significativa sulla vita sociale e devono portare a un declino delle abilità funzionali
3. Il decorso è caratterizzato da un graduale e continuo declino cognitivo
4. I deficit cognitivi non devono essere ricondotti a altre patologie a carico del sistema nervoso (es. Parkinson), a condizioni reversibili (deficit vit. B12) o ad altre sostanze che possono indurre a questa condizione
5. Il deficit cognitivo è presente anche al di fuori di episodi di delirium

DELIRIUM E DEMENZA: QUALI DIFFERENZE?

1. Sintomi iniziali (esordio)?
2. Decorso?
3. Progressione?
4. Durata?
5. Consapevolezza?
6. Vigilanza?
7. Attenzione?
8. Orientamento?
9. Memoria?
10. Pensiero
11. Percezione?
12. Comportamento psicomotorio?
13. Ciclo sonno veglia?
14. Caratteristiche associate?
15. Stato mentale nei test?

	DELIRIUM	DEMENZA
<u>Insorgenza</u>	Acuto o subacuto, spesso alla sera	Cronica, generalmente insidiosa
<u>Decorso</u>	Di breve durata, i sintomi fluttuanti di giorno peggiorano alla sera, nella notte e al risveglio	Lungo, non ci sono sintomi diurni particolari ma essi sono progressivi e relativamente stabili nel tempo
<u>Progressione</u>	Inattesa, brusca	Lenta ma costante

	DELIRIUM	DEMENZA
--	-----------------	----------------

<u>Durata</u>	Ore, meno di un mese, raramente lunga	Mesi o anni
<u>Coscienza</u>	Ridotta	Chiara
<u>Vigilanza</u>	Apatia o ipervigile, fluttuante	Generalmente normale

	DELIRIUM	DEMENZA
<u>Attenzione</u>	Peggiorata, fluttuante	Generalmente normale
<u>Orientamento</u>	Generalmente peggiorato, fluttuante in casi severi	Può essere peggiorato
<u>Memoria</u>	Recente e immediata peggiorata	Recente e remota peggiorata
<u>Pensiero</u>	Disorganizzato, distorto, frammentato, rallentato o accelerato, parla incoerentemente	Difficoltoso alle astrazioni, pensiero impoverito, giudizio impoverito, le parole difficili da trovare

	DELIRIUM	DEMENZA
<u>Percezione</u>	Distorta; illusione, delusione, allucinazioni, difficoltà a distinguere tra la realtà e percezioni errate	Percezioni errate spesso assenti
<u>Comportamento motorio</u>	Variabile, ipocinetico, ipercinetico o entrambi	Normale, ma può esserci aprassia
<u>Ciclo sonno-veglia</u>	Disturbato, il ciclo si può invertire (scambiare il giorno per la notte)	Frammentato

	DELIRIUM	DEMENZA
<u>Caratteristiche associate</u>	Variabili cambi emotivi, sintomi da autonomia ipereccitata, esagerazioni della personalità, associato con malattie fisiche	Influisce superficialmente, labile, tenta di nascondere i deficit intellettivi, cambia la personalità, afasia, agnosia, manca di comprensione (insight)
<u>Stato mentale nei test</u>	Distratto nel suo compito	Sbaglia riguardo alla sua famiglia, frequentemente “sbaglia le risposte”, fa fatica con i test, fa un grande sforzo per cercare appropriate risposte

RIPENDIAMO QUALCHE CONCETTO...

- ✓ DELIRIUM PREVALENTE:

Presente all'ammissione in reparto

- ✓ DELIRIUM INCIDENTE:

Quando si sviluppa durante la degenza

CHI SONO I PAZIENTI A RISCHIO

Elle M et al. 1998

(Meta-analisi di 27 studi pubblicati fra il 1966 e il 1995)

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

CHI SONO I PAZIENTI A RISCHIO

Inouye, JAMA 1996

- ✓ FATTORI PREDISPONENTI
- ✓ FATTORI PRECIPITANTI

CHI SONO I PAZIENTI A RISCHIO

➤ **Fattori predisponenti**

➤ **Fattori precipitanti**

- Età avanzata
- Deficit cognitivo
- Gravità/severità di malattie
- Deficit multisensoriale
- Disabilità nelle ADL
- Sesso maschile
- Depressione
- Alcolismo
- Malnutrizione

Il 25% dei soggetti con delirium sono dementi

Il 40% dei dementi ricoverati in ospedale sviluppa delirium

CHI SONO I PAZIENTI A RISCHIO

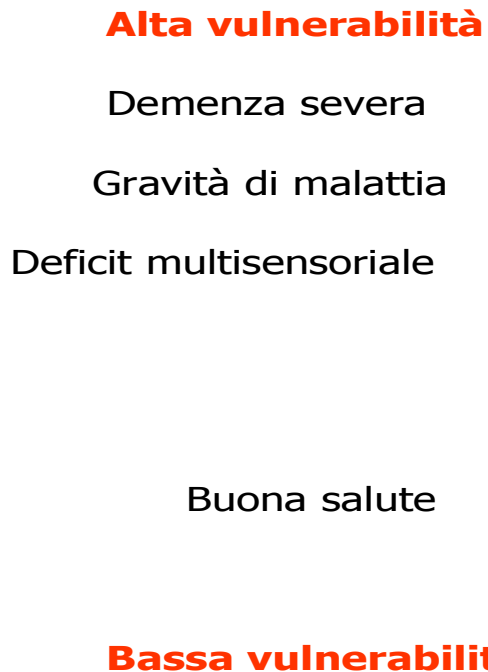
➤ Fattori predisponenti

➤ **Fattori precipitanti**

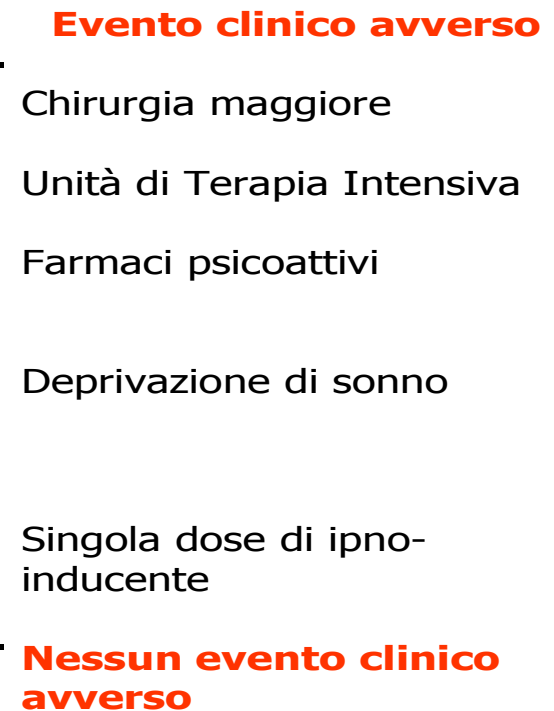
- Evento clinico avverso
- Intervento di chirurgia maggiore
- Ricovero in UTI
- Farmaci psicoattivi
- Deprivazione di sonno
- Ipotensione
- Febbre o ipotermia
- Disordini metabolici
- Uso di contenzione fisica
- Dolore
- Cateterismo vescicale

PATOGENESI DEL DELIRIUM

Fattori predisponenti/vulnerabilità



Fattori precipitanti



Inouye, JAMA 1996

*DELIRIUM IN THE HOSPITALIZED ELDER
AND RECCOMENDATIONS FOR
PRACTICE*

Geriatric Nursing
Vol. 27, No. 3 – May/June 2006
www.gnjournal.com

PERCHE' PARLARE DI DELIRIUM?

- ✓ il delirium colpisce il 50% delle persone anziane in ospedale, molte delle quali già con una preesistente demenza, è associato a una significativa perdita delle abilità funzionali, ad un aumento della degenza ospedaliera, ad un aumento dei tassi di morte e ad un aumento dei costi...”
- ✓ il delirium è presente tra il 10 e il 22% dei pazienti all'ammissione e il 10-30% dei pazienti sviluppa delirium durante il ricovero
- ✓ Spesso il delirium rimane sotto diagnosticato e sotto trattato (è diagnosticato nel 41-87% dei pazienti ricoverati in reparti per acuti)

LA VISIONE INFERMIERISTICA

“... Inouye e colleghi stimano che gli infermieri identificano il delirium solo nel 31% dei pazienti deliranti. Eden e Foreman sottolineano la mancanza di conoscenze circa una metodica che permetta l'individuazione del delirium [...].

Il riconoscimento da parte degli infermieri diventa ancora più complesso quando ci si trova di fronte a un paziente con delirium ipocinetico e a un paziente con diagnosi di demenza...”