



TITOLO

Il Delirium nella persona ospedalizzata: prevenzione, valutazione e trattamento

Autori: Claudio Bini, Ilaria Marcomini, Paola Bertazzi, Marita Maud Goings, Monica Zanni, Maria Audenzia Conti, Chiara Pedercini.

Introduzione

Ad oggi il Delirium è definito e descritto nel DSM-V come un disturbo dell'attenzione (ridotta capacità di dirigere, focalizzare, sostenere e spostare l'attenzione) e della consapevolezza (ridotto orientamento del se nell'ambiente) che si sviluppa in un periodo di tempo relativamente breve (generalmente ore o pochi giorni), tende a fluttuare in gravità nel corso della giornata ed è associato ad almeno un altro deficit cognitivo (p.e. disturbo di memoria, orientamento, linguaggio, abilità visospaziali, percezione)¹. L'*International Classification of Diseases (X ed.)*, rivede la definizione di Delirium comprendendo anche i disturbi psicomotori, i disturbi del ciclo sonno-veglia e i disturbi di tipo emotivo².

Il delirium è comune tra gli utenti ospedalizzati; la letteratura internazionale sottolinea che l'incidenza del fenomeno si attesta tra il 10 e il 30% degli utenti ricoverati in un contesto ospedaliero. Oltre un terzo degli anziani ospedalizzati va incontro a delirium, fino a raggiungere una prevalenza del 60%³. L'ultima revisione Cochrane condotta sul tema (2016) sottolinea che non vi è alcuna relazione significativa tra il setting di cura e l'incidenza di delirium³.

Le manifestazioni cliniche del Delirium sono estremamente variabili e la letteratura scientifica identifica tre forme principali: *ipocinetico*, *ipercinetico* e *misto*. La forma ipocinetica è più comune negli utenti anziani ed è stata generalmente associata a una prognosi peggiore. Il delirium ipercinetico è caratterizzato dal riscontro all'esame obiettivo di ansia, iperattività o aggressività, disorientamento nello spazio e nel tempo e allucinazioni visive ed uditive. Il delirium ipocinetico si manifesta con letargia, ipoattività, rallentamento ideomotorio, assenza di comunicazione e risposta a stimoli di varia natura. La forma mista presenta tratti comuni sia al delirium ipercinetico che a quello ipocinetico⁴.



Il Delirium è un disturbo multifattoriale ed è determinato dall'interazione tra fattori di rischio predisponenti e precipitanti³. I fattori predisponenti sono presenti al momento del ricovero e incidono sulla vulnerabilità dell'utente. I fattori precipitanti possono manifestarsi in seguito ad eventi/avvenimenti. La tabella di seguito (Tab. 1) riporta i principali fattori predisponenti e precipitanti^{3,4}.

Tabella 1. Sintesi fattori predisponenti e precipitanti

Fattori predisponenti	Fattori precipitanti
Età avanzata (età > 70 aa);	Farmaci (sedativi, narcotici, anticolinergici, antidepressivi, oppiacei, corticosteroidi, analgesici, glicosidi cardiaci, farmaci antiParkinson);
Demenza o decadimento cognitivo;	Lesione neurologica primaria (ictus, emorragia intracranica, meningite);
Disabilità visiva o uditiva;	Patologia acuta: infezioni (polmonite, infezioni del tratto urinario, sepsi),
Compromissione nelle attività della vita quotidiana (Activity Daily living: ADL) o immobilità;	malattia cardiaca (infarto del miocardio), ipossia, shock, disidratazione, febbre, stipsi, complicanze iatrogene;
Storia di delirium;	Anomalie metaboliche;
Storia di alcolismo;	Chirurgia (soprattutto ortopedica, cardiaca);
Malnutrizione;	Ricovero in terapia intensiva (UTI);
Disidratazione;	Fattori ambientali: contenzione fisica, cateterismo, monitoraggio invasivo,
Polifarmacoterapia;	ricovero in unità di terapia intensiva;
Gravità/severità delle patologie concomitanti	Dolore;
Fragilità	Deprivazione prolungata del sonno;
	Sospensione improvvisa di farmaci (benzodiazepine) o alcol.

Il delirium influisce negativamente sugli esiti di salute delle persone che ne sono affette: aumenta, infatti, i tassi di mortalità e il rischio di istituzionalizzazione, determina un allungamento dei tempi di degenza e un aumento dei costi sanitari, favorisce una progressione del declino cognitivo, influisce negativamente sullo stato funzionale e determina il peggioramento dello stress psico-fisico proprio degli utenti, caregivers ed operatori sanitari³.

Obiettivi

Produzione di un report di sintesi delle raccomandazioni scientifiche, relative ai metodi di prevenzione e trattamento del delirium della persona ospedalizzata.

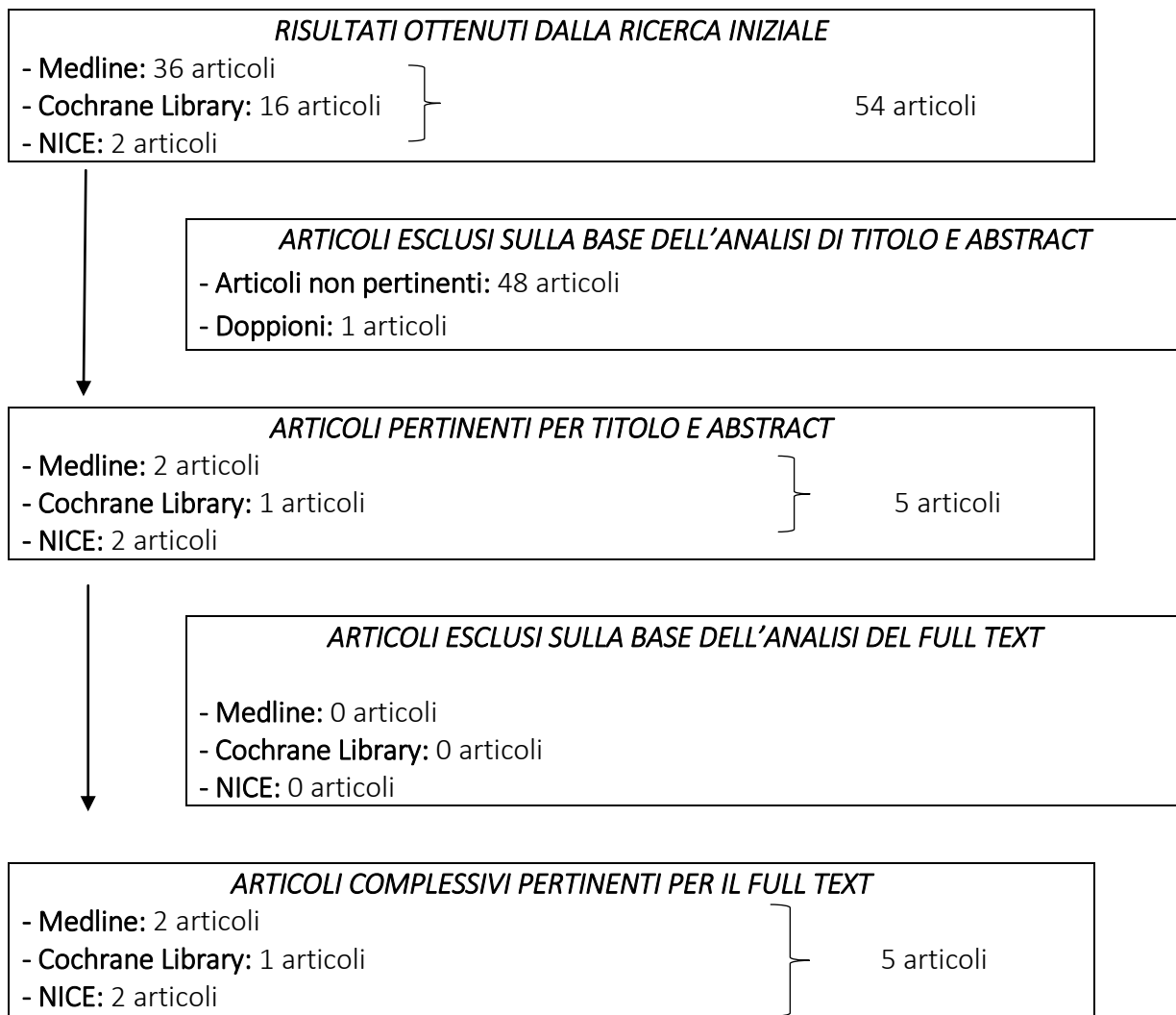


Materiale e metodi

La revisione della letteratura è stata condotta da Gennaio a Settembre 2019.

Le banche dati utilizzate sono state: Medline, Cochrane Library e NICE considerando gli articoli pubblicati negli ultimi 10 anni. Ai fini di costruire la stringa di ricerca sono state utilizzate le seguenti parole chiave: *delirium*, *prevention* e *treatment*. Le suddette keyword sono state combinate con gli operatori booleani AND e OR.

Attraverso la ricerca bibliografica sono stati reperiti 54 articoli. Di questi, n. 5 sono stati ritenuti pertinenti all'obiettivo del report. La scelta degli articoli è avvenuta per anno, abstract, disponibilità full text, attinenza al contenuto, in lingua inglese e italiano.





Risultati

I risultati della revisione bibliografica sono stati così organizzati: 1) interventi preventivi del delirium, 2) strumenti di valutazione, 3) trattamento.

Interventi preventivi

La letteratura sostiene che la prevenzione e il trattamento del delirium debbano essere gestiti da un team di professionisti^{5,6}. Entro 24 ore dall'ammissione di un utente è necessario valutare i fattori predisponenti che potrebbero contribuire all'insorgenza del delirium. Sulla base della precedente valutazione è opportuno fornire un intervento multidisciplinare e personalizzato alle esigenze individuali al fine di intervenire sui fattori predisponenti il delirium.

La tabella 2 sintetizza i principali interventi preventivi da porre in essere in relazione ai più comuni fattori predisponenti individuati dalla letteratura.

Tabella 2. Sintesi interventi preventivi associati ai fattori predisponenti

FATTORI PREDISPONENTI	INTERVENTI
Deterioramento cognitivo e / o disorientamento	<ul style="list-style-type: none"> • fornire un'illuminazione adeguata e una chiara segnaletica; considerare la possibilità di dotare la stanza di un orologio e un calendario; • evitare di trasferire la persona frequentemente; • parlare con la persona per riorientarla spiegando dov'è collocata e chi sono le persone che prestano assistenza; • favorire le visite di familiari e amici.
Disidratazione e / o costipazione	Assicurare un'adeguata assunzione di liquidi per prevenire la disidratazione incoraggiando la persona a bere.
Infezione	<ul style="list-style-type: none"> • individuare e gestire l'infezione; • evitare pratiche invasive inutili; • attuare procedure di controllo delle infezioni.
Immobilità o la mobilità limitata	<ul style="list-style-type: none"> • Incoraggiare le persone a: <ul style="list-style-type: none"> - mobilizzarsi precocemente dopo un intervento chirurgico; - camminare fornendo opportuni ausili per la deambulazione se necessario; • Incoraggia le persone costrette a letto a svolgere esercizi attivi.
Dolore	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione del dolore; • Gestione del dolore.
Alimentazione	<ul style="list-style-type: none"> • Garantire un'adeguata alimentazione a seconda delle esigenze del soggetto; • Assicurarsi che gli utenti portatori di protesi dentaria igienizzino correttamente la



	stessa e la utilizzino durante i pasti.
Compromissione sensoriale	<ul style="list-style-type: none"> • individuare le cause della compromissione sensoriale; • verificare che gli apparecchi acustici e visivi siano correttamente utilizzati.
Igiene del sonno	<ul style="list-style-type: none"> • evitare di programmare le procedure infermieristiche o mediche durante le ore di sonno; • ridurre al minimo il rumore durante i periodi di sonno.

Marra et al (2017) individua, per gli utenti ricoverati in terapia intensiva, il bundle ABCDEF (immagine 1) ai fini di valutare e gestire il delirium ed altri esiti assistenziali. Esso rappresenta una guida basata sulle evidenze per ottimizzare il recupero e gli esiti dei pazienti in terapia intensiva⁷.

Immagine 1: Bundle ABCDEF

A	<p>Assess, prevent & manage pain</p> <ul style="list-style-type: none"> • CPOT or BPS to assess pain, insure adequate pain control • Use of regional anesthesia and nonopioid adjuncts • Analgesia-based sedation techniques with fentanyl
B	<p>Both SAT & SBT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daily linked SAT and SBT • Multidisciplinary coordination of care • Faster liberation from MV
C	<p>Choice of sedation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Targeted light sedation when sedation necessary • Avoidance of benzodiazepines • Dexmedetomidine if high delirium risk, cardiac surgery, MV weaning
D	<p>Delirium monitoring & management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Routine CAM-ICU or ICDSC assessments • Nonpharmacologic intervention, including sleep hygiene • Dexmedetomidine or antipsychotic if hyperactive symptoms
E	<p>Early mobility & exercise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Physical and occupational therapy assessment • Coordinate activity with SAT or periods of no sedation • Progress through range of motion, sitting, standing, walking, ADLs
F	<p>Family engagement & empowerment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reorientation, provision of emotional and verbal support • Cognitive stimulation, participation in mobilization • Participation in multidisciplinary rounds

Strumenti di valutazione

Se vengono identificati fattori predisponenti il delirium, la letteratura scientifica suggerisce di eseguire una valutazione clinica basata sui criteri DSM-IV o attraverso lo strumento Confusion Assessment Method – CAM per confermare la diagnosi. La CAM è uno degli strumenti diagnostici più utilizzati a scopi clinici e di ricerca con comprovate proprietà psicometriche. La diagnosi positiva di Delirio richiede la presenza del punto 1, del punto 2 e alternativamente 3 o 4 (vedi Allegato 1). È stato sviluppato da Inouye et al (1990) sulla base del DSM-III allo scopo di consentire ai professionisti



Opi di Brescia

La cucina delle evidenze

*Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Brescia*



sanitari di identificare il delirium. Dello stesso strumento è stata redatta una versione abbreviata. Ely et al (2002) hanno successivamente validato lo strumento CAM-ICU appositamente progettato per valutare il delirium negli utenti ricoverati in terapia intensiva cioè in pazienti critici con o senza ventilazione meccanica che sono impossibilitati a parlare⁸. In Terapia Intensiva, la valutazione del delirium è parte del monitoraggio neurologico quotidiano e comprende due fasi. La prima fase consiste nel valutare il livello di coscienza attraverso una scala validata: la Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), sebbene altri strumenti siano compatibili con il CAM-ICU. La seconda fase consiste nella valutazione del funzionamento cognitivo; a livelli profondi di sedazione (RASS = -4 oppure -5), è impossibile indagarlo perchè il paziente non è responsivo. Questi livelli sono definiti come stato di coma; in questi casi non si somministra il CAM-ICU e si descrive il paziente come ‘non valutabile’. A livelli di sedazione più superficiali (RASS \geq -3), i pazienti mostrano indizi di responsività che permettono di valutare la chiarezza del pensiero, ed eventualmente la presenza di delirium. Il delirium è definito da quattro caratteristiche diagnostiche, ed è considerato presente quando un paziente risulta positivo al Punto 1 e 2, ed inoltre ad almeno uno dei Punti 3 o 4 (Allegato 2)⁹.

Trattamento

La revisione Cochrane (2016) afferma che non vi sono evidenze scientifiche sufficienti per sostenere l'efficacia di specifici interventi per prevenire il delirium. Vi sono evidenze di moderata qualità a supporto di una riduzione dell'incidenza di delirium del 30% in 7 Randomized Control Trial che comparano l'assistenza infermieristica tradizionale con interventi multi-fattoriali. Gli interventi multi fattoriali riportati in questi studi sperimentali consistevano nel prevenire il delirium attraverso l'applicazione di protocolli, con l'educazione rivolta ai membri dell'equipe multidisciplinare. Buona parte di questi protocolli fanno riferimento al modello H.E.L.P. (Hospital Elder Life Program); un programma ideato da Inouye et al (2000) per ridurre l'incidenza e il delirium negli utenti anziani ospedalizzati. Rivosecchi et al (2015) hanno, invece, sintetizzato un protocollo inedito chiamato "Give Your Patient M.O.R.E." che si è comunque dimostrato efficace riducendo il delirium. Differenze statisticamente significative tra l'assistenza tradizionale e gli interventi multi fattoriali, si riscontrano, invece, in termini di incidenza di lesioni da pressione e sul miglioramento dello stato cognitivo.

Circa la terapia farmacologica la revisione sistematica riporta che non vi sono chiare evidenze del beneficio degli inibitori della colinesterasi nel prevenire il delirium in una popolazione che ha subito



interventi ortopedici in elezione e senza deficit cognitivi. Non vi sono, altresì, evidenze cliniche a supporto dell'efficacia degli antipsicotici, degli agonisti della melatonina, della citicolina, del metilprednisolone, della gabapentina, delle chetamine, della PCA o della morfina al fine di prevenire il delirium. Sussiste l'evidenza che il Parecoxib, inibitore selettivo della cicloossigenasi 2, riduca l'incidenza del delirium a confronto con la Morfina, ma l'evidenza è di bassa qualità e riscontrata in un solo studio³.

Ridurre precocemente la profondità della sedazione è efficace nel prevenire il delirium, ma ciò non dipende dalle caratteristiche del farmaco utilizzato e neppure dal tipo di anestesia effettuata.

Qualora il delirium non si risolvesse, le Linee Guida NICE (2018) suggeriscono di rivalutare i fattori predisponenti e/o precipitanti e di considerare le diagnosi differenziali (es. demenza)^{5,6}.

Riferimenti bibliografici

1. Biondi M. *DSM: Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders – V edizione, Casa Editrice Cortina Raffaello, 2014.*
2. *ICD-10 classification of mental and Behavioural disorders, clinical description and diagnostic guidelines, X edizione, 2010.*
3. Siddiqui N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J, Simpkins JA, *Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients, Cochrane Library, 2016.*
4. Fagherazzi C, Graziera S, Brugiolo R, *Il delirium nei pazienti anziani ospedalizzati in reparti internistici, Giornale di gerontologia. 2015;63:205-220.*
5. *National Institute for Health and Care Excellence, Delirium Overview, 2018;*
6. *National Institute for Health and Care Excellence, Delirium: prevention. Diagnosis and management, 2010.*
7. Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB, *The ABCDEF Bundle in Critical Care, Critical Care Clinics. 2017;33(2):225-243.*
8. Shi Q, Warren L, Saposnik G, MacDermid JC, *Confusion assessment method: a systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy, Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2013;9:1359-1370.*
9. Anania S, Barello S, Di Carlo A, Martinetti F, Mistraretti G, *Valutazione del Delirium in Terapia Intensiva (CAM-ICU). Manuale di istruzione, 2012.*



Flowchart di sintesi

