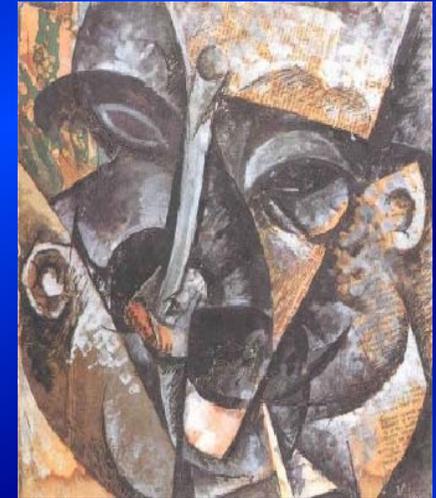
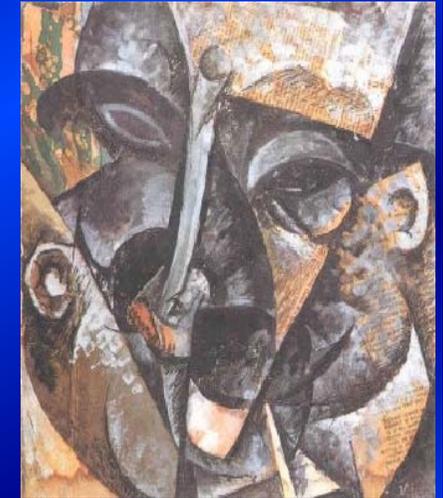


IL DELIRIUM IN CARDIOLOGIA



CPSE Antonella Biondi
Dott.ssa Brunella Demichelis
ASL TO 2 - Ospedale Maria Vittoria
Struttura Complessa di Cardiologia

Delirium



- Disturbo dell'attenzione ad insorgenza acuta, con decorso fluttuante e nella maggior parte dei casi di breve durata
- La sua prevalenza nei soggetti ospedalizzati va dall'11 al 42%
- Origini multifattoriali a cui possono associarsi fattori predisponenti e precipitanti
- Una volta insorto i trattamenti risultano meno efficaci

C. Mussi Il Delirium nell'anziano *G. Gerontol.* 2004; 52; 368-375.

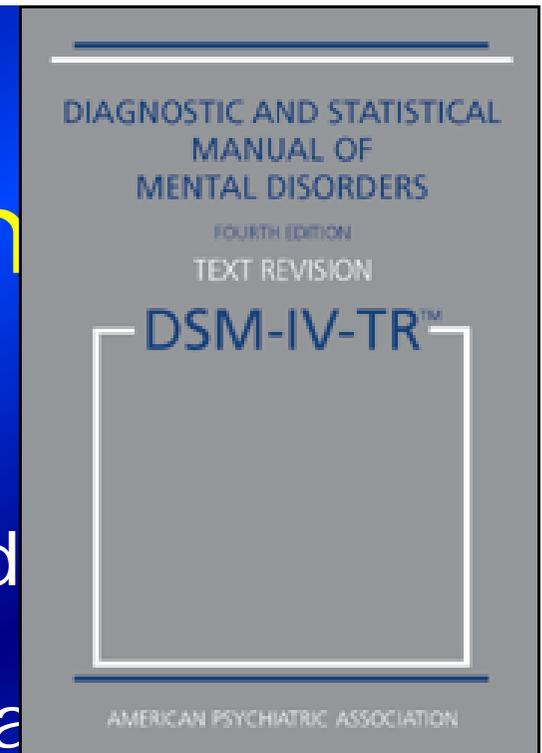
Cole 1999; Inouye 2000

Diagnosi di Delirium

DSM IV TR

(manuale diagnostico e statistico di disturbi mentali)

1. Disturbo dello stato di coscienza
2. Alterazione della sfera cognitiva
3. Il disturbo si manifesta in un periodo di tempo breve
4. C'è evidenza che il disturbo è una diretta conseguenza di una patologia in corso, di un'intossicazione da farmaci o di una sindrome di astinenza



Variabili cliniche

- **Delirium ipercinetico (25%)**
allucinazioni, deliri, agitazione
psicomotoria e disorientamento TS
- **Delirium ipocinetico (25%)** confusione,
sedazione, sopore
- **Delirium misto (35%)** alternanza delle
caratteristiche

Nel 15% dei casi attività psicomotoria è normale

Test di screening

CAM (Confusion Assessment Method)

consente di distinguere il Delirium dalla demenza e dalla depressione con un buon grado di evidenza

Neecham Confusion Scale

Consente di identificare i soggetti con delirium e quelli a rischio di svilupparlo

CAM

1. Insorgenza acuta e andamento fluttuante

2. Perdita dell'attenzione



3. Disorganizzazione del pensiero

4. Alterato livello di coscienza



DELIRIUM

Neecham Confusion Scale

- **Elaborazione** (punti da 0 a 14): attenzione, risposta, riconoscimento, interpretazione, azione orientamento, memoria, contenuto del discorso.
- **Comportamento** (punti da 0 a 10): come si mostra (igiene, postura), movimento, conversazione
- **Parametri vitali e fisiologici** (punti da 0 a 6): segni vitali, saturazione O₂, continenza.

Punteggio da 0 a 30:

0-19: stato confusionale severo moderato

20-24: stato confusionale iniziale

25-26: normalità con possibile rischio

27-30: normalità

Fattori predisponenti e precipitanti

Fattori predisponenti

- Et 
- Deterioramento cognitivo
- Comorbilit 
- Disabilit  nelle attivit  quotidiane
- Deficit multisensoriale

Fattori precipitanti

- Politerapia
- Malattia acuta
- **Dolore**
- Disidratazione
- **Ricovero in una terapia intensiva**
- **Cambiamenti ambientali**

VINDICATE: Vascular, Infections, Nutrition, Injury, Cardiac, Autoimmune, Tumors, Endocrine



- Difficoltà diagnostica
- Difficoltà terapeutica
(INCERTEZZA)

- Impatto sulla prognosi
(CERTENZA)

CERTEZZA

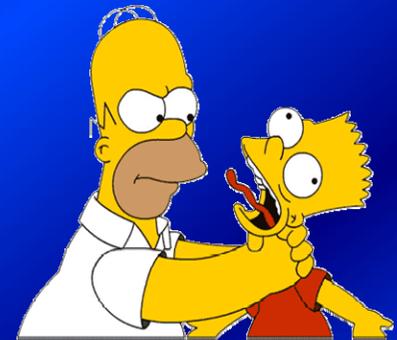
Delirium è associato con

- Aumento tempi ospedalizzazione
- Aumento di morbilità e mortalità a breve e lungo termine
- Aumento di mortalità riguarda soprattutto il delirium ipocinetico

INCERTEZZA

Il Delirium in circa il 50% dei casi non viene diagnosticato correttamente

La terapia farmacologica impiegata non è supportata da trial ma "è empirica"



INCERTEZZA

Non c'è evidenza scientifica di beneficio clinico con impiego di benzodiazepine

Non c'è evidenza scientifica che un trattamento profilattico con aloperidolo (Serenase) riduca incidenza/durata di delirium

Paziente agitato e/o violento

- Assicura sicurezza al tuo staff
- Calma il paziente (TECNICHE VERBALI E SE NECESSARIO DI CONTENIMENTO)
- Accesso venoso e monitor

NO

E' necessario sedare il paziente?

SI

Cerca le cause

- Ipoglicemia
- Ipossia
- Overdose farmaci
- Infezioni
- Lesioni cerebrali
- Altre cause

Pz. Molto violento

MIDAZOLAM
(Ipnovel)
2.5 -> 5 mg im/ev
titolare se necess
○
ALOPERIDOLO
(Serenase)
5 mg im/ev
+
LORAZEPAM
2 mg im/ev
Titolare se necess

Pz. indifferente

LORAZEPAM
2 -> 4 mg im/ev
○
MIDAZOLAM
2.5 -> 5 mg im/ev
○
LORAZEPAM
2 mg im/ev
+
ALOPERIDOLO
5 mg im/ev

Pz psichiatrico

ALOPERIDOLO
2.5 -> 5 mg im/ev
○
ALOPERIDOLO
5 mg im/ev
+
LORAZEPAM
2 mg im/ev
○
OLANZIPINA
(Zyprexa)
10 mg im

Pz. Intossicazione o astinenza

LORAZEPAM
2 -> 4 mg im/ev
○
MIDAZOLAM
2.5 -> 5 mg im/ev

Pz. collaborante

LORAZEPAM
2-> 4 mg os
○
RISPERIDONE
(Risperdal)
2 mg os

Nei pazienti anziani ridurre la dose del 50%

Trattamento non farmacologico

- Fornire adeguata idratazione e regolare apporto nutritivo anche per via parenterale
- Supporto con ossigeno, per evitare ipossia cerebrale
- Ambiente adatto ed approccio multidisciplinare
- Favorire le relazioni sociali del paziente con familiari ed amici
- Correzione dei deficit sensoriali (luci e suoni)
- Favorire l'attività fisica per evitare la sindrome da allettamento
- Dolore e alterazioni della minzione e dell'evacuazione possono essere da soli la causa di Delirium

Obiettivo

Quantificare il problema

Valutare l'incidenza del fenomeno prima e dopo le modifiche apportate

Materiali e metodi

- Criteri di inclusione: tutti i pazienti ricoverati in UTIC con età superiore ai 65 anni
- Modalità di raccolta dati: test di screening (al momento del ricovero) e sistema informatizzato



Collegamenti

Navigazione

anagrafica

CARTELLA [FG FL]

CARTELLA CLINICA INTEGRATA

Cognome: A Nome: A Eta': 33

Nato/a a: CHIVASSO Pr.: il: 01/01/1920

Indirizzo: v.le vittorio v. 31

Città: UMBE CAP Pr.: TO

Telefono: USL: 109

CF: Peso Kg: 45 Altezza cm: 124

BMI:

DATA ENTRATA: 19/12/2006

Provenienza DEA Domicilio Altro:

DELIRIUM

Infermiere: AMMINISTRATORE



Fasi della sperimentazione

Revisione della letteratura

2 riunioni preliminari:

- Discussione su tempi e modalità
- Presentazione degli strumenti da utilizzare durante la sperimentazione, materiale bibliografico per approfondire le conoscenze sull'oggetto di studio
- Presentazione del progetto all'intera Equipe dell'U.O e agli Psicologi del DSM

Fase Osservativa

- Febbraio – aprile '07
- Valutazione incidenza del Delirium, tramite scala di NEECHAM (*Neecham Confusion Scale*) e CAM (*Confusion Assessment Method*)

Fase Operativa

- Maggio – luglio '07
- Effettuate modifiche comportamentali e ambientali
- Valutazione tramite le medesime scale della incidenza del Delirium

Modifiche ambientali e comportamentali

- Posizionamento di 4 orologi a muro
- Ogni comodino è stato fornito di calendario che il paziente ha la possibilità di consultare;
- L'UTIC è stata fornita di mascherine da distribuire ai pazienti ricoverati da posizionare sopra gli occhi per non alterare ritmo sonno veglia
- Prolungamento dell'orario di visita serale dalle ore 20 alle ore 22, per un solo familiare.
- Interventi volti a prevenire l'instaurarsi di cause reversibili per lo sviluppo di Delirium (comunicazione, idratazione, funzione escretoria, rimozione presidi superflui, trasferimento in degenza non appena possibile)

Modifiche ambientali



Caratteristiche del campione

- mesi di osservazione: 112 pazienti di cui 61 uomini e 50 donne;
- mesi operativi: 118 pazienti di cui 62 uomini e 56 donne.

Risultati

Fase Osservativa

	UOMINI	DONNE	TOTALE
No Delirium	46	41	87
Alto rischio di sviluppare Delirium	9	6	15
Delirium lieve o precoce sviluppo	1	2	3
Delirium severo	5	2	7
TOTALE	61	51	112

Risultati

Fase Operativa

	UOMINI	DONNE	TOTALE
No Delirium	57	52	109
Alto rischio di sviluppare Delirium	4	2	6
Delirium lieve o precoce sviluppo	0	1	1
Delirium severo	1	1	2
TOTALE	62	56	118

Risultati

Forma %	Fase Osservativa	Fase Operativa
Ipoattiva	40	33
Iperattiva	60	67

Età media	No Delirium	Delirium
Uomini	75	79
Donne	77	80

Delirium fase Osservativa

Forma di Delirium sviluppata	Fattori rischio
Delirium lieve Iperattivo	Nessuno
Delirium lieve Iperattivo	Deficit sensoriale, Politerapia
Delirium lieve Ipoattivo	Nessuno
Delirium severo Ipoattivo	Politerapia
Delirium severo Ipoattivo	Storia clinica neurologica
Delirium severo Iperattivo	Storia clinica neurologica
Delirium severo Iperattivo	Comorbilità, Politerapia
Delirium severo Ipoattivo	Deficit sensoriale
Delirium severo Iperattivo	Storia clinica neurologica
Delirium severo Iperattivo	Politerapia

Delirium fase Operativa

Forma di Delirium sviluppata	Fattori rischio
Delirium lieve Iperattivo	Comorbilità, Politerapia
Delirium severo Ipoattivo	Decadimento cognitivo in morbo di Alzheimer, Politerapia
Delirium severo Iperattivo	Storia clinica neurologica, Politerapia

Limiti

- La percentuale di pazienti che hanno sviluppato Delirium è stato del 8,9% durante la fase di osservazione e del 2,5% durante la fase sperimentale, il dato mostra un trend in riduzione del Delirium durante la fase sperimentale, che non raggiunge la significatività statistica ($p=0,07$), da validare su casistiche più ampie.
- Sperimentazione limitata in una sola Unità operativa

Conclusioni

- La diagnosi di delirium spesso si perde (35- 50% dei casi)
- Prendere in considerazione impiego routinario di strumenti che valutino lo stato mentale (difficile per le risorse attuali)
- Rendere l'ambiente il più possibile confortevole (più facile)
- Trattamento multi-disciplinare (geriatra, psichiatra, assistenti sociali....) per individuare un percorso di cura al di fuori dell'ospedale





Grazie!