

RICONOSCERE E GESTIRE IL DELIRIUM

www.fisiokinesiterapia.biz

IL PROGRAMMA

14.30	Saluto del Presidente del Collegio	Stefano Bazzana
14.35	Presentazione del corso: rationale, obiettivi e contenuti	Angelo Benedetti
14.45	Definizione di delirium	Michele Zani
16.00	Epidemiologia e 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

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
È di ansia, iperattività o aggressività

transitoria e fluttuante alterazione dello stato di coscienza.

Ipocinetico: prevale letargia, ipoattività, rallentamento
ideomotorio

Modalità di manifestazione:

✓ Misto: il corteo 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

www.fisiokinesiterapia.biz

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

Alta vulnerabilità

Demenza severa

Gravità di malattia

Deficit multisensoriale

Buona salute

Bassa vulnerabilità

Fattori precipitanti

Evento clinico avverso

Chirurgia maggiore

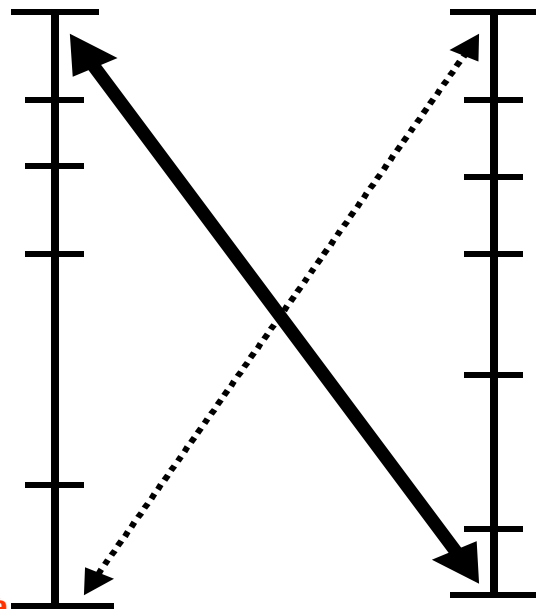
Unità di Terapia Intensiva

Farmaci psicoattivi

Deprivazione di sonno

Singola dose di ipno-inducente

Nessun evento clinico avverso



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...”

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

- All'ammissione in ospedale
- Prima e dopo un intervento chirurgico
- In una Unità di Terapia Intensiva
- In un soggetto affetto da demenza

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

All'ammissione in ospedale

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

The study demonstrated that a simple predictive model based on 4 predisposing factors can identify at admission older persons at greatest risk for delirium.

PREDISPOSING FACTORS:

1. VISION IMPAIRMENT
2. SEVERE ILLNESS
3. COGNITIVE IMPAIRMENT
4. HIGH BUN/CREATININE RATIO

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

Fattori di rischio	Punteggio 1 se presente 0 se assente
Riduzione del visus	
Malattie gravi (APACHE >16)	
Deficit cognitivo (MMSE <24)	
Rapporto urea/creatinina elevato (>25)	
Fattori di rischio presenti:	

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

Fattori di rischio presenti	Rischio	Incidenza (%)
0	Basso	9
1-2	Intermedio	23
3-4	Alto	83

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

The study demonstrated that a simple predictive model based on the presence of 5 precipitating factors can be used to identify older medical patients at high risk for development of delirium during hospitalisation.

PRECIPITATING FACTORS:

- 1. USE OF PHYSICAL RESTRAINTS**
- 2. MALNUTRITION**
- 3. MORE THAN 3 MEDICATIONS ADDED**
- 4. BLADDER CATHETER**
- 5. ANY IATROGENIC EVENTS**

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

- Dal 10 al 15% degli anziani che giungono in Pronto Soccorso manifesta già un delirium.

Naughton B, Moran MB, Kadah H, et al. Delirium and other cognitive impairments in older adults in an emergency department. *Ann Emerg Med* 1995;25:751-5.

Levkoff SE, Evans DA, Liptzin B, et al. Delirium. The occurrence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients. *Arch Int Med* 1992;152:334-40.

COME VALUTARE IL DELIRIUM

Diagnosi di Delirium secondo il 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.**

THE CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

All'ammissione in ospedale

Variabili	Punteggio 1 se presente 0 se assente
<p>1. Insorgenza acuta C'è stato un cambiamento acuto nello stato mentale del paziente rispetto alla sua situazione di base?</p>	
<p>2. Andamento fluttuante Il comportamento anormale varia durante la giornata, per esempio va e viene o si modifica di intensità?</p>	
<p>3. Perdita dell'attenzione</p>	
<p>4. Disorganizzazione del pensiero</p>	
<p>5. Alterato livello di coscienza 0= vigile 1= iperallerta, letargia, stupor, coma</p>	
<p>La diagnosi di delirium richiede la presenza di 1, 2, 3 ed alternativamente 4 o 5.</p>	TOT: _____

Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. *Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method, a new method for detection of delirium.* Ann Intern Med 1990; 113: 941-948.

THE CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

All'ammissione in ospedale

Variabili	Punteggio 1 se presente 0 se assente
<p>1. Insorgenza acuta</p> <p>C'è stato un cambiamento acuto nello stato mentale del paziente rispetto alla sua situazione di base?</p>	<p>Raccolta informazioni dai familiari</p>
<p>2. Andamento fluttuante</p> <p>Il comportamento anormale varia durante la giornata, per esempio va e viene o si modifica di intensità?</p>	
<p>3. Perdita dell'attenzione</p>	
<p>4. Disorganizzazione del pensiero</p>	
<p>5. Alterato livello di coscienza</p> <p>0= vigile 1= iperallerta, letargia, stupor, coma</p>	
<p>La diagnosi di delirium richiede la presenza di 1, 2, 3 ed alternativamente 4 o 5.</p>	<p>TOT: _____</p>

Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. *Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method, a new method for detection of delirium.* Ann Intern Med 1990; 113: 941-948.

NEECHAM SCALE

Livelli di Assessment della Neecham Scale

La scala include tre diversi livelli di assessment:

1. **PROCESSING**

- Attenzione/vigilanza
- Abilità ad eseguire comandi complessi/semplici
- Orientamento e memoria

2. **COMPORAMENTO**

- Presentabilità
- Comportamento motorio
- Eloquio

3. **PARAMETRI FISILOGICI**

- Parametri vitali
- Ossigenazione
- Continenza

Neelon, V. J et Al. (1996). The NEECHAM confusion scale: Construction, validation, and clinical testing. Nursing Research, 45, 324-330.

NEECHAM SCALE

Livelli di Assessment della Neecham Scale

La scala include tre diversi livelli di assessment:

1. **PROCESSING**
 - Attenzione/vigilanza
 - Abilità ad eseguire comandi complessi
 - Orientamento e memoria
2. **COMPORAMENTO**
 - Presentabilità
 - Comportamento motorio
 - Eloquio
3. **PARAMETRI FISILOGICI**
 - Parametri vitali
 - Ossigenazione
 - Continenza

Per ciascuna variabile richiesta dai tre livelli è proposta una scala di valutazione per complessive 9 scale di valutazione

PROCESSING

Abilità ad eseguire comandi complessi/semplici

NEECHAM SCALE

5	Abile ad eseguire un compito complesso	Suoni il campanello per chiamare l'infermiera
4	Rallentato nell'esecuzione del compito complesso	Richiede incitamento o ripetizione del comando, non porta a termine il compito
3	Abile ad eseguire un compito semplice	Alzi la mano
2	Incapace ad eseguire un compito semplice	Il compito deve essere simulato. La risposta è lenta
1	Incapace a seguire un semplice compito simulato	La richiesta provoca reazioni sproporzionate
0	Ipoattivo/letargico	Non risponde agli stimoli proposti

NEECHAM SCALE

Attribuzione del punteggio

Livello	Punteggio
Livello 1 PROCESSING	0-14
Livello 2 COMPORTAMENTO	0-10
Livello 3 PARAMETRI FISIOLOGICI	0-6
Punteggio Totale	0-30

NEECHAM SCALE

Interpretazione del del punteggio

Punteggio	Interpretazione
0-19	Delirium severo
20-24	Delirium lieve o precoce sviluppo di delirium
25-26	Ad alto rischio di sviluppare delirium
27-30	No delirium

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

Prima di un intervento chirurgico

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

Clinical prediction rule for post-surgical delirium

Il delirium postoperatorio ha un'incidenza fra il 10 e il 60% a seconda dei criteri diagnostici utilizzati. La prevalenza è più elevata dopo interventi ortopedici piuttosto che dopo quelli di chirurgia generale. Nello studio di Brauer et al. 54 pazienti su 571 svilupparono delirium dopo intervento per frattura di femore (9,5%) e il 61% di essi presentava più di un fattore di rischio di delirium

Brauer C, Morrison RS, Silberzweig SB, Siu AL. The cause of Delirium in patients with hip fracture. Arch Intern Med 2000; 160: 1856-1860.

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

Clinical prediction rule for post-surgical delirium

- Abuso alcolico 1
- Deficit cognitivo 1
- Disabilità severa 1
- Disturbo elettrolitico o glicemico pre-operatorio 1
- Chirurgia maggiore 2
- Chirurgia toracica non cardiaca 1
- Età superiore ai 70 anni 1

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

Clinical prediction rule for post-surgical delirium

Punteggio totale	Incidenza di delirium (%)
0	2
1 o 2	11
≥ 3	50

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

Dopo un intervento chirurgico

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

Cause di Delirium postoperatorio

- Ipossia cerebrale perichirurgica
- Ipotensione
- Aumento di cortisolo da stress chirurgico
- Uso di farmaci narcotici con attività anticolinergica
- Dolore postchirurgico
- Alterazioni idro-elettrolitiche

Brauer C, Morrison RS, Silberzweig SB, Siu AL. The cause of Delirium in patients with hip fracture. Arch Intern Med 2000; 160: 1856-1860.

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

Cause di Delirium postoperatorio

- Ipossia cerebrale perichirurgica
- Ipotensione
- Aumento di cortisolo
- Uso di farmaci neuroattivi
- Dolore postchirurgico
- Alterazioni idro-elettrolitiche

Monitoraggio sistematico dei soggetti a rischio

Brauer C, Morrison RS, Silberzweig SB, Siu AL. The cause of Delirium in patients with hip fracture. Arch Intern Med 2000; 160: 1856-1860.

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

In una Unità di Terapia Intensiva

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

Fattori di rischio specifici

- Ipertensione
- Essere fumatori
- Utilizzo di oppiacei in ICU

Dubois MJ, Bergeron N, Dumont M, et al. Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors. Intensive Care Med 2001;27:1297-1304.

Dial S, Payne J. Managing delirium in the intensive care unit. Clin Pulm Med 2002;9:260-6

COME VALUTARE IL DELIRIUM

Eden et al. hanno identificato due motivi del mancato riconoscimento del delirium in un'unità di terapia intensiva:

1. la **non conoscenza** da parte del personale infermieristico dei criteri e dei metodi di identificazione del delirium;
2. **l'assenza di comunicazione** tra i membri dello staff sull'insorgenza di sintomi indicativi di delirium.

Eden BM, Foreman MD. Problems associated with underrecognition of delirium in critical care: a case study. Heart Lung 1996; 25: 388-400

The Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

In una Unità di Terapia Intensiva	Variabili	1day	2day	3day	5day	4day
	Alterato livello di coscienza*					
	Disattenzione					
	Disorientamento					
	Allucinazioni, illusioni					
	Agitazione psicomotoria o rallentamento					
	Eloquio e reazioni inappropriate					
	Alterazioni del ciclo sonno veglia					
	Fluttuazione dei sintomi					
	Punteggio Totale					

Bergeron N, et Al: . Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool. Intensive Care Med 2001; 27(5): 859-64.

The Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

Alterato livello di coscienza		Punteggio
A.	Non risponde	-
B.	Risponde a intensi e ripetuti stimoli	-
C.	Risponde a lievi moderati stimoli	1
D.	Normale risposta	0
E.	Esagerata risposta a stimoli normali	1

Se il livello di coscienza è **A** o **B** non proseguire nella valutazione per il periodo considerato

Bergeron N, et Al.: Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool. Intensive Care Med 2001;27(5):859-64.

The Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

Istruzioni

Il soggetto è valutato ogni otto ore e il punteggio registrato si riferisce alle 24 ore precedenti

Interpretazione punteggio

Un punteggio totale ≥ 4 si correla alla presenza di delirium

The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

In una Unità di Terapia Intensiva

Variabili	Punteggio 1 se presente 0 se assente
<p>1. Insorgenza acuta e Andamento fluttuante 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? Da rilevare con Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) or the Glasgow Coma Scale</p>	
<p>3. Perdita dell'attenzione Da rilevare con Attention Screening Examination (ASE)</p>	
<p>4. Disorganizzazione del pensiero Da rilevare con il test delle 4 domande</p>	
<p>5. Alterato livello di coscienza 0= vigile 1= iperallerta, letargia, stupor, coma</p>	
<p>La diagnosi di delirium richiede la presenza di 1, 2 ed alternativamente 3 o 4</p>	TOT: _____

Ely EW, et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Crit Care Med 2001; 29:1370-1379.

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

In un soggetto affetto da demenza

COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

La demenza è uno dei fattori predisponenti più importanti di delirium:

- il 45% dei soggetti ospedalizzati con MMSE inferiore a 24 sviluppa delirium;
- il riconoscimento di delirium è inferiore se il paziente è demente.

Rockwood K. *The occurrence and duration of symptoms in elderly patients with delirium.* J Gerontol 1993; 48: M162-M166.

Fick D, Foreman M. *Consequences of not recognizing delirium superimposed on dementia in hospitalized elderly individuals.* J Gerontol Nurs 2000; 26: 30-40.

THE CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

In un soggetto affetto da demenza

Variabili	Delirium	Demenza
1. Insorgenza acuta	SI , ore o giorni	NO , mesi o anni
2. Andamento fluttuante	SI , nell'arco della giornata	NO declino progressivo
3. Perdita dell'attenzione	SI	SI
4. Disorganizzazione del pensiero	SI	SI , ascrivibile al deficit cognitivo
5. Alterato livello di coscienza	SI	NO
La diagnosi di delirium richiede la presenza di 1, 2, 3 ed alternativamente 4 o 5.		

E' POSSIBILE, E COME, PREVENIRE LA COMPARSA DI DELIRIUM?

Deterioramento cognitivo

- Training di orientamento e di stimolazione cognitiva

Insonnia

- Tecniche di rilassamento, eliminazione fattori disturbanti, interventi farmacologici e non

Immobilità

- Mobilizzazione precoce con programmi di deambulazione o esercizi fisici

Deficit visivo

- Correzione deficit (con occhiali) e utilizzazione oggetti e materiali per ipovedenti

Deficit uditivo

- Correzione con protesi ed uso di speciali tecniche di comunicazione

Disidratazione

- Individuazione soggetti con rapporto azotemia/creatinina ≥ 18 e correzione precoce

MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients

S.K. Inouye et al. N Engl J Med 340: 669-676; 1999

MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

Obiettivo: verificare se un intervento preventivo mirato nell'anziano ospedalizzato è in grado di ridurre l'incidenza di delirium, complicanza che, negli USA, interessa ogni anno 2,3 milioni di anziani ospedalizzati, per un totale di 17,5 milioni di giornate di degenza, con una spesa per il servizio sanitario superiore a 4 miliardi di dollari, a cui si deve aggiungere quella per l'istituzionalizzazione, la riabilitazione e l'assistenza domiciliare.

Metodologia: studio clinico non randomizzato, caso-controllo, su anziani non selezionati ricoverati per problematiche mediche acute.

Pazienti e metodi: sono stati arruolati 852 pazienti anziani ricoverati nell'Unità di medicina generale del New Haven Hospital dell'Università di Yale. Essi sono stati suddivisi in due gruppi di intervento omogenei per età, sesso, stato civile, livello di istruzione, stato clinico, funzionale e cognitivo, entità del rischio di delirium

MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

Pazienti e metodi: il **primo gruppo** veniva seguito da un team multidisciplinare composto da un geriatra, un infermiere professionale, un fisioterapista, un terapeuta occupazionale, due unità di assistenza e da volontari appositamente addestrati. Il **secondo gruppo** era invece assistito dal personale medico ed infermieristico tipico di un'Unità di medicina generale.

Il protocollo utilizzato dal gruppo VMD prevedeva **l'identificazione e la correzione dei principali fattori di rischio di delirium** per l'anziano ospedalizzato mediante una metodologia elaborata ad hoc

MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

Deterioramento cognitivo

- Tutti i soggetti (se MMSE >20 una volta al giorno; se MMSE <20, tre volte al giorno) erano sottoposti a training di orientamento e di stimolazione cognitiva

Insonnia

- tecniche di rilassamento, eliminazione fattori disturbanti, interventi farmacologici e non

Immobilità

- mobilitazione precoce con programmi di deambulazione o esercizi fisici

Deficit visivo

- correzione deficit (con occhiali) e utilizzazione oggetti e materiali per ipovedenti

Deficit uditivo

- correzione con protesi ed uso di speciali tecniche di comunicazione

Disidratazione

- Individuazione soggetti con rapporto azotemia/creatinina ≥ 18 e correzione precoce

MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

Risultati: nel gruppo sottoposto a valutazione multidimensionale e trattato con intervento multidisciplinare, il numero di pazienti anziani che avevano sviluppato uno stato confusionale acuto è risultato significativamente inferiore, 9,9% verso 15%

www.fisiokinesiterapia.biz

MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

Incidenza, gravità ed episodi di recidiva del delirium nei due gruppi		
Risultati	Gruppo intervento	Gruppo Controllo
Tutti i pazienti arruolati (n. 852)		
Primo episodio di delirium	9,9%	15%
Giorni di delirium (totale)	105	161
Numero degli episodi di delirium	62	90
Pazienti colpiti da delirium (n. 106)		
Gravità (media)*	3,85 ± 1,27	3,52 ± 1,44
Recidive (due o più episodi)	31%	26,6%

MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

Conclusioni: un programma d'intervento basato sulla VMD e sulla gestione dei pazienti da parte di un team multidisciplinare coordinato da un geriatra riduce l'incidenza di delirium nei pazienti anziani ospedalizzati per problematiche mediche acute .

MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

Reducing delirium after hip fracture:
a randomized trial.

*Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM. J
Am Geriatr Soc 2001 May;49(5):516-22*

MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

Obiettivo: verificare se una consulenza geriatrica strutturata preoperatoria è in grado di prevenire la comparsa di delirium

Metodologia: studio clinico randomizzato in soggetti anziani ricoverati in ortopedia per frattura di femore, ricoverati per problematiche mediche acute.

Pazienti e metodi: sono stati arruolati 126 pazienti anziani ricoverati in ortopedia per frattura di femore. Essi sono stati suddivisi in due gruppi di intervento omogenei per età, sesso, stato civile, livello di istruzione, stato clinico, funzionale e cognitivo, entità del rischio di delirium

MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

Pazienti e metodi: sono stati arruolati 126 pazienti anziani ricoverati in ortopedia e operati per frattura di femore. Essi sono stati suddivisi in due gruppi di intervento omogenei per età, sesso, stato civile, livello di istruzione, stato clinico, funzionale e cognitivo, entità del rischio di delirium.

I soggetti del gruppo di intervento erano visitati dal geriatra una volta al giorno ed erano assistiti secondo specifici protocolli.

I soggetti del gruppo di intervento erano seguiti dall'ortopedico con consulenza geriatrica al bisogno.

Indicatori di risultato: delirium, LOS

MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

Protocolli utilizzati:

- Controllo/gestione dei fluidi e degli elettroliti
- Gestione del dolore
- Controllo delle terapie farmacologiche non necessarie
- Controllo minzione e defecazione
- Nutrizione
- mobilizzazione
- ossigenazione
- Prevenzione delle complicanze
- Stimolazione cognitiva
- Trattamento del delirium ipercinetico

MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

RISULTATI	Intervention	Control	P
Incidenza di delirium	20 (32%)	32 (50%)	0.04
Incidenza delirium severo	7 (12%)	18 (29%)	0.02
Degenza ospedaliera in giorni	5	5	NS
Delirium alla dimissione	8 (13%)	12 (19%)	NS

MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

Conclusioni:

La consulenza geriatrica e la sistematica adozione di protocolli per la gestione delle situazioni cliniche più comuni riduce in maniera significativa l'incidenza di delirium in soggetti operati per frattura di femore.