



VALUTAZIONE E CURA DEL DELIRIUM IN UN GRUPPO DI PERSONE ANZIANE RICOVERATE IN UNA UNITA' DI CURE SUB ACUTE

**Angela Cassinadri, Stefano Boffelli, Sara Tironi,
Fabrizio Mercurio, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi**

***UO di Cure Sub Acute e UO di Geriatria -
Fondazione Poliambulanza, BS
Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia
Università di Roma "Tor Vergata"***

Introduzione

Lo stato confusionale acuto rappresenta una complicanza dell'ospedalizzazione, e si associa a peggiori outcome quali durata della degenza, istituzionalizzazione e mortalità a medio e lungo termine.

Studi precedenti hanno dimostrato che lo stato confusionale acuto sia associato a una maggiore complessità di cura, ed a peggiori outcome, nei malati ricoverati in aree di post-acuzie e provenienti sia da reparti medici sia chirurgici.

Trabucchi et al. Delirium in older patients in intensive care unit; Arch Int Med, 2008

Bellelli et al. Delirium subtypes and 1 year mortality after rehabilitation J Gerontol, 2007

Torpilliesi et al. Delirium on dementia and adverse outcomes. Int J Geriatr Psychiatry, 2010

Obiettivi Dello Studio

Scopo dello studio è

- valutare la percentuale di persone che presentano delirium all'ingresso o che sviluppano stato confusionale durante al degenza tra i pazienti ricoverati presso un'Unità di Cure Subacute;
- inoltre, verificare l'evoluzione cognitiva e funzionale dei pazienti alla dimissione, dopo il trattamento.

Materiali & Metodi

Sono stati valutati 75 pazienti consecutivamente ricoverati nei primi mesi di attività del Reparto di Cure Sub Acute – Fondazione Poliambulanza di Brescia.

Le Cure Sub Acute, identificate nel marzo 2011 dalla Regione Lombardia come strutture di secondo livello rivolte prevalentemente a pazienti anziani, hanno come obiettivo la stabilizzazione clinica dopo un evento acuto ed il ritorno allo stato cognitivo e funzionale premorbosi, dopo un ricovero ospedaliero in area medica o chirurgica per acuti.

I pazienti ricoverati vengono trasferiti da reparti ospedalieri per acuti, e sottoposti a valutazione multidimensionale, con particolare attenzione allo stato cognitivo e funzionale, nutrizionale, ed alle cure farmacologiche.

Materiali & Metodi

Tutti i pazienti sono stati sottoposti, all'ingresso ed alla dimissione, ad una valutazione multidimensionale: stato cognitivo (MMSE, CDR, CAM), stato funzionale (IADL, Barthel, Tinetti), condizione sociale (Baylock scale), comorbidità (scala CIRS), stato nutrizionale (albuminemia, colesterolemia).

Sono stati inoltre valutati gli aspetti relativi alle condizioni familiari (caregiver), gli eventi intercorrenti, e gli outcome alla dimissione.

Durante la degenza vengono personalizzati interventi farmacologici, ed ambientali, finalizzati al miglioramento cognitivo e clinico, funzionale (FKT), nutrizionale. Viene valutata l'opportunità di attivare una dimissione protetta.

Provenienza dei Pazienti (n.75) – UCSA Poliambulanza di Brescia

	N (%)
Geriatría/Medicina	34 (45)
Ortopedia	12 (16)
Chirurgie	05 (07)
Riabilitazione Specialistica	03 (04)
Riabilitazione Geriatrica	03 (04)
Altro Ospedale	18 (24)

Caratteristiche Della Popolazione Generale - UCSA

	M (ds)	N (%)
Età (anni)	79.8_±9.1	
Scolarità	07.1_±3.8	
Sesso femminile		52 (69)
Vive solo		34 (45)
Vive col coniuge		20 (27)
Vive con parenti (figli)		14 (19)
Vive con badante		06 (08)
Comunità/RSA		01 (01)

Caratteristiche Funzionali Della Popolazione

M (ds)

Barthel premorbo	74.7_±24.8
Barthel ingresso	41.9_±25.1
Barthel dimissione	52.5_±27.9
IADL (f. perse-premorbo)	3.7_±2.8
IADL (f. perse - ingresso)	5.7_±2.1
Tinetti ingresso	8.5_±8.6
Equilibrio	5.0_±4.6
Andatura	3.4_±4.0
Tinetti dimissione	12.8_±10.2
Equilibrio	7.3_±5.5
Andatura	5.4_±4.7
Baylock Scale (high risk>20)	21.6_±5.8

Caratteristiche Cliniche & Biologiche

	M (ds)
Numero di malattie	10.0+3.9
Numero di farmaci (dim.)	08.9+2.7
CIRS severità	01.9+0.4
CIRS comorbilità	03.1+1.6
Hb ingresso	10.9+1.3
Hb dimissione	10.9+1.4
Albumina ingresso (g/dl)	2.8+0.4
Albumina dimissione	3.0+0.4
Colesterolo ingresso (mg/dl)	163+40.3
Colesterolo dimissione	176+49.7
VES ingresso (<15)	50.1+27.7
VES dimissione	41.7+33.2
PCR ingresso (<50)	32.3+36.7
PCR dimissione	52.0+93.9

Caratteristiche Cognitive

Caratterizzazione per livello di Clinical Dementia Rating

CDR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	40	53,3	54,1	54,1
	0	7	9,3	9,5	63,5
	1	6	8,0	8,1	71,6
	2	15	20,0	20,3	91,9
	3	4	5,3	5,4	97,3
	4	2	2,7	2,7	100,0
	Total	74	98,7	100,0	
Missing	System	1	1,3		
Total		75	100,0		

Caratteristiche Cognitive

	M (ds)	N (%)
MMSE ingresso	21.9 _± 7.7	
MMSE dimissione	23.5 _± 6.5	
GDS ingresso	05.2 _± 3.6	
GDS dimissione	03.3 _± 2.6	
GDS > 5/15		41 (55)
Terapia antidepressiva naive		30 (40)
Delirium prevalente		20 (27)
Delirium incidente		15 (20)
Delirium dimissione		02 (03)

Procedure & Eventi intercorrenti

<i>Procedure</i>	M (ds)	N (%)
N.procedure (ECG, RX, consulenze)	4.0_±2.6	
Catetere vescicale ingresso		21 (28)
Catetere vescicale dimissione		15 (20)
Lesione da decubito ingresso		09 (12)
Lesione da decubito dimissione		07 (09)
N. Eventi acuti intercorrenti/paziente	0.5_±0.7 (range 0-4)	
Numero totale eventi acuti		34 (45)
>1 evento acuto/paziente		08 (11)
Durata della degenza	19.4_±10.9	
Degenza ≤ 20 giorni		45 (60)
Degenza > 20 giorni (21-48)		30 (40)
Riammissioni		04 (05)

Outcome alla dimissione

	N (%)
Ospedale per acuti	17 (22)
Riabilitazione specialistica	03 (04)
Riabilitazione geriatrica	02 (03)
RSA	06 (08)
Casa	37 (50)
ADI dimissione	22 (29)
Badante dimissione	14 (19)
Deceduti	10 (13)

Conclusioni - 1

I pazienti che presentano delirium sono caratterizzati da gravità cognitiva e funzionale e da un grado elevato di comorbidità. La loro fragilità si evince inoltre dal fatto che una certa percentuale sviluppa delirium anche durante la degenza.

L'efficacia del trattamento multidisciplinare e multidimensionale effettuato nell'Unità di Cure Sub Acute permette di ridurre gli effetti negativi legati all'evento acuto ed all'ospedalizzazione, determinando le premesse per un ritorno della persona anziana malata al proprio domicilio.

Conclusioni - 2

Nei reparti di Cure Sub Acute è necessario, pertanto, implementare protocolli di valutazione che permettano il rapido riconoscimento dei pazienti a rischio di delirium.

Inoltre, formalizzare gli interventi ambientali e farmacologici sui pazienti con stato confusionale acuto, con l'obiettivo di favorirne la rapida risoluzione e migliorare gli outcome alla dimissione.