



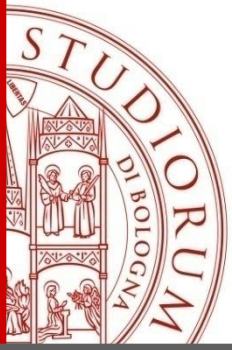
Alma Mater Studiorum – Università di Bologna
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Inquadramento/gestione dell'alterato stato mentale del paziente geriatrico afferre al Dipartimento di Urgenza/Emergenza

G. Corvalli *, C. Bersani *, F. Conti *, M. Cavazza °, M. Zoli *, G. Bianchi *

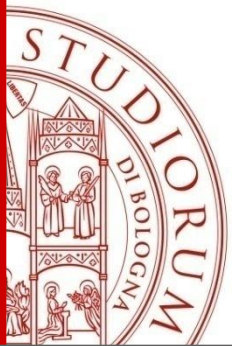
* Scuola di Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche,
Policlinico Sant'Orsola Malpighi Bologna

° Dipartimento di Emergenza/Urgenza, Chirurgia Generale e dei Trapianti,
Policlinico Sant'Orsola Malpighi Bologna



Background

L'alterato stato mentale (AMS) è una condizione molto frequente nei pazienti geriatrici che afferiscono al Pronto Soccorso (PS).

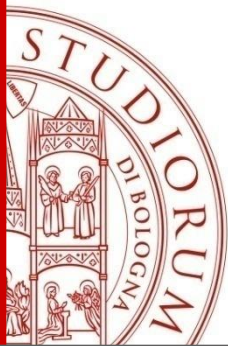


Background

In particolare il delirium, ricorre tra il **14%** e il **56%** dei pazienti geriatrici ed è associato ad un tasso di mortalità intra ospedaliera che varia tra il **22%** e il **76%**.

**NON VIENE RICONOSCIUTO
NEL 66-70% DEI CASI.**

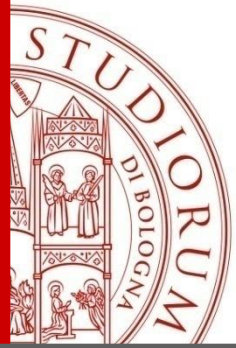
Sharon K. Inouye, Stephanie Studenski, et al. Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. J Am Geriatr Soc. 2007; 55(5): 780-91.



DSM-IV-TR diagnostic criteria for delirium

- A. Disturbance of consciousness (ie, reduced clarity of awareness of the environment) with reduced ability to focus, sustain, or shift attention.**
- B. A change in cognition (eg, memory deficit, disorientation, language disturbance) or**
- C. Development of a perceptual disturbance that is not better accounted for by a pre-existing, established, or evolving dementia.**
- D. Disturbance develops over a short period of time (usually hours to days) and tends to fluctuate during the course of the day.**
- E. There is evidence from the history, physical examination, or laboratory findings that the disturbance is caused by the direct physiological consequences of a general medical condition.**

Data from APA, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994. p. 129.



Sottotipi clinici del delirium

IPERATTIVO

AGITAZIONE PSICO-MOTORIA

25% DEI CASI

IPOATTIVO

RALLENTAMENTO
IPOREATTIVITA'

25% DEI CASI

MISTO

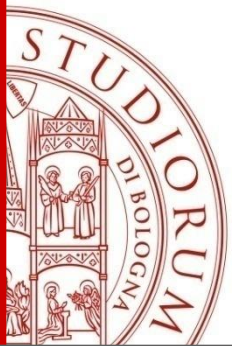
IPO- E IPER-ATTIVITA'

50% DEI CASI



Scopo dello studio

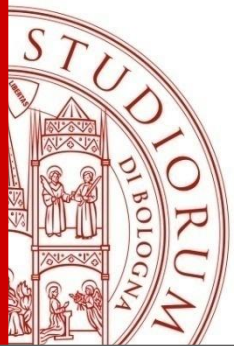
Valutare l'impatto dell'AMS nella popolazione di età ≥ 65 anni a livello gestionale ed organizzativo di PS in uno studio di coorte retrospettivo



Materiali e Metodi

STUDIO DI COORTE RETROSPETTIVO

- Accesso in PS tra il 1 gennaio e il 31 dicembre 2012
- Età ≥ 65 anni
- AMS anamnestico e/o obiettivabile



Parole chiave o parti di esse

➤ «Aggressi-»

➤ «Agita-»

➤ «Allucina-»

➤ «Attenzione»

➤ «Cognitivo»

➤ «Comportamento»

➤ «Conf-»

➤ «Coscienza»

➤ «Delir-»

➤ «Demen-»

➤ «Iporeatt-»

➤ «Memoria»

➤ «Rallenta-»

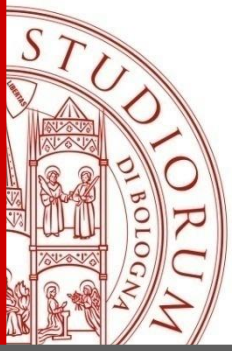
➤ «Sensorio»

➤ «Sonnolenza»

➤ «Sopore»

➤ «Stupor»

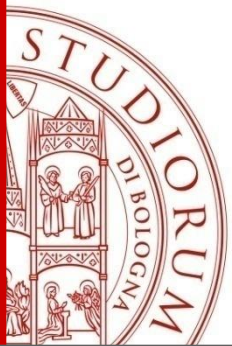
➤ «Mentale»



Materiali e Metodi-2

Infine abbiamo valutato i provvedimenti presi dal medico di PS riguardo il destino del paziente:

- Ricovero o rifiuto di ricovero
- Trasferimento presso altra struttura
- Dimissione



Risultati

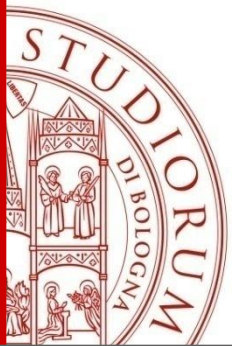
Durante il 2012 presso il PS del nostro Policlinico si sono registrati **66381** accessi.

I pazienti che abbiamo arruolato nello studio sono **2473**, di cui 1524 di sesso femminile (61,7%) e 949 di sesso maschile (38,3%).

Considerando che alcuni pazienti si sono recati in PS più volte, il totale accessi ammonta a **3085**.



Età media = 82,7 anni
Range = 65 – 104 anni

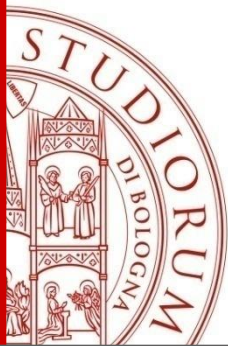


I 3085 accessi totali sono stati suddivisi in **3 categorie**

pazienti dementi, **senza** alterato stato mentale (N=1140, 37,0%)

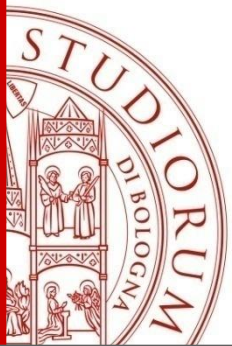
pazienti **con** alterato stato mentale, **non** dementi (N=1486, 48,5%)

pazienti **con** alterato stato mentale, dementi (N=449, 14,5%)



Risultati-2

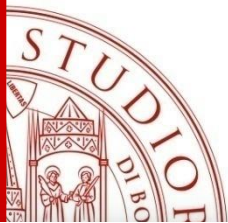
Parole chiave	Accessi totali (3085)
«Cognitivo»	973 (31,5%)
«Demen-»	572 (18,5%)
«Memoria»	25 (0,8%)
«Agita-»	403 (13,1%)
«Conf-»	831 (26,9%)
«Rallenta-»	271 (8,8%)
«Sensorio»	29 (0,9%)
«Mentale»	63 (2,0%)
«Sopore»	58 (1,9%)
«Aggressi-»	60 (1,9%)
«Allucina-»	56 (1,8%)
«Delir-»	63 (2,0%)
«Comportamento»	19 (0,6%)
«Attenzione»	3 (0,1%)
«Coma»	96 (3,1%)
«Iporeatt-»	11 (0,4%)
«Sonnolenza»	27 (0,9%)
«Stupor»	3 (0,1%)



Risultati-3

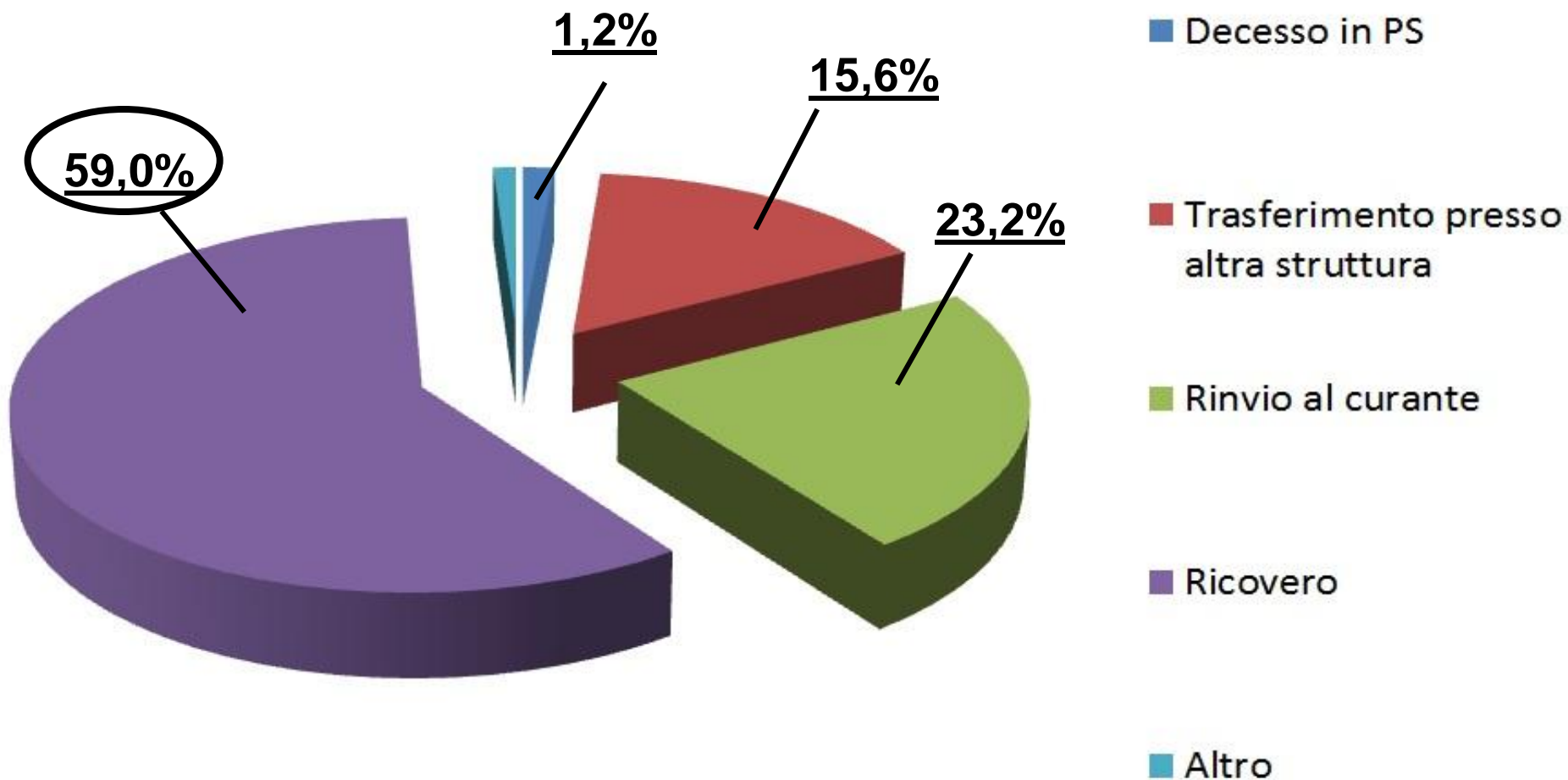
- Il **DELIRIUM**, come diagnosi, ricorre solo in 63 pazienti (**2%**) anche se probabilmente il delirium è molto più frequente e viene spesso “etichettato” utilizzando altri termini.
- Considerando alcune parole chiave rappresentative di una condizione di delirium e ricercando la presenza all’obiettività di almeno due di queste, la percentuale sale al **6.6%**.

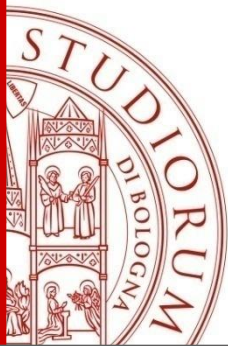
Jhon Young, Sharon K Inouye. Delirium in Older People. BMJ 2007; 334: 842-6.



Risultati-4

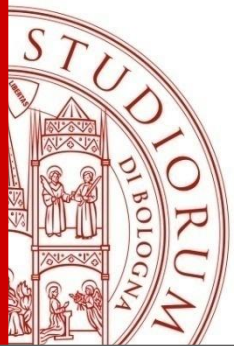
Esito di dimissione dal PS degli accessi totali (3085)



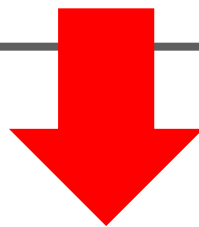


Risultati-5

Variabili *	X ²	p	Odds Ratio	95% I.C.
TC come motivo d'accesso	62,101	< 0,001	0,283	0,207-0,387
Iperpiressia <24h	31,091	< 0,001	5,468	3,009-9,936
Dispnea	22,758	< 0,001	2,731	1,807-4,125
Confusione	19,056	< 0,001	1,613	1,302-2,000
Età	16,443	< 0,001	1,026	1,013-1,039
Rallentamento	14,492	< 0,001	2,031	1,410-2,926
Iperpiressia >24h	12,559	< 0,001	4,141	1,887-9,085
Eventi cerebrali ischemici (E.O.)	12,141	< 0,001	6,097	2,205-16,857
Insuff. Resp. Acuta	10,194	0,001	10,043	2,437-41,390
Coma	10,114	0,001	3,665	1,646-8,162
Neoplasie	10,081	0,001	1,567	1,188-2,068
Trauma cranico entro 3 gg	7,511	0,006	0,366	0,178-0,751
Ritenzione urinaria	4,705	0,030	0,445	0,214-0,925
Agitazione	4,677	0,031	0,759	0,591-0,974



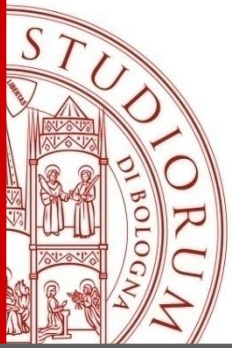
Andando a valutare l'esito di dimissione abbiamo ottenuto dati sostanzialmente sovrapponibili



Una uguale percentuale di pazienti dell'una e dell'altra tipologia veniva ricoverata, trasferita, rinviata al curante

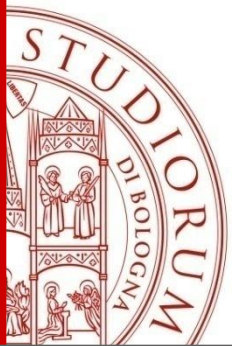
pazienti con alterato stato mentale, non dementi (N=1486, 48,5%)

pazienti con alterato stato mentale, dementi (N=449, 14,5%)



Conclusioni

- Raramente i medici del PS utilizzano il termine “**Delirium**”.
- I pazienti entrati in PS con alterato stato mentale, dementi e non, hanno avuto il **medesimo trattamento e destino**.



Considerazioni

Trattamento del SINTOMO

DEMENTE

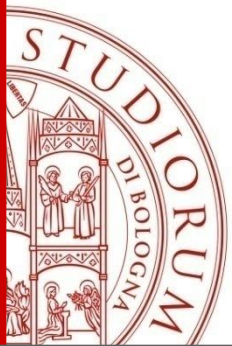


Fluttuazioni della patologia di base

NON
DEMENTE

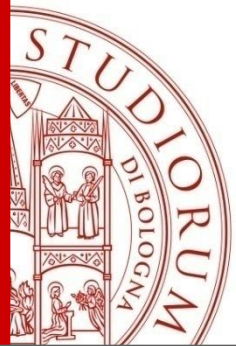


Esordio acuto condizione clinica potenzialmente letale



Considerazioni-2

- C'è necessità di una maggiore formazione del medico dei servizi di Urgenza/Emergenza sull'**inquadramento/gestione** dell'AMS e sulle **dinamiche atipiche** di presentazione delle patologie acute nei pazienti geriatrici.



Grazie per l'attenzione!