

Manuale di Competenze in Geriatria

ITEM 6

Definisci i precorsi diagnostici e le cause di delirium in un soggetto anziano

Il delirium è molto frequente in Geriatria, ma sotto-diagnosticato e spesso trattato in modo improprio. Esso può presentarsi negli anziani nei setting tradizionali: domicilio, residenza e ospedale. Secondo i dati ufficiali, il delirium viene riportato nelle cartelle cliniche solo nel 3% degli anziani ospedalizzati, mentre la sua prevalenza si attesta attorno al 20%; molto più elevata è la prevalenza nelle terapie intensive degli ospedali ma anche nei malati terminali (reparti di cure palliative). L'anziano con delirium che disturba di notte perché urla è troppo spesso trattato con farmaci neurolettici per via intramuscolare e anche con contenzione fisica. Poco si fa per la prevenzione del delirium negli anziani ospedalizzati (o in struttura) che spesso presentano fattori predisponenti facilmente identificabili (vedi Tabella 1). A questi va aggiunta l'omessa rilevazione dei bisogni del paziente che, se insoddisfatti, concorrono all'insorgenza del delirium. Difficilmente il delirium è sostenuto da un'unica causa, essendo per sua stessa natura una condizione multifattoriale (Tabella 1).

Tabella 1: Fattori di rischio di DELIRIUM

PREDISPONENTI	PRECIPITANTI
Ridotta riserva cognitiva <ul style="list-style-type: none">- Età avanzata- Declino cognitivo e demenza- Depressione	Farmaci (polifarmacoterapia, introduzione nuovi farmaci o sospensione) <ul style="list-style-type: none">- antidolorifici (FANS e oppioidi)- anticolinergici- miorilassanti- antistaminici- antiaritmici- corticosteroidi- antibiotici- psicotropi (antidepressivi, antiepilettici, antipsicotici, benzodiazepine)
Deprivazione sensoriale (visiva e/o uditiva)	Dolore
Comorbidità (problematiche acute e/o croniche riacutizzate cardiovascolari, polmonari, renali) e relativa classificazione ASA	Tipo di anestesia (generale, spinale)
Abuso etilico	Ipossiemia
Malnutrizione (BMI, albuminemia)	Infezioni
Disidratazione	Alterazioni elettrolitiche, anemia
Polifarmacoterapia	Catetere vescicale
Istituzionalizzazione e alterate capacità funzionali	Mezzi di contenzione
	Ambiente ospedaliero
	Alterazioni ritmo sonno veglia

In generale si ritiene che il delirium si sviluppi per un'interazione fra fattori predisponenti e precipitanti o scatenanti. Questi fattori hanno fra loro un rapporto di proporzionalità inversa. In un individuo molto vulnerabile, con una ridotta resilienza (intesa come incapacità di rispondere in modo soddisfacente ad eventi stressanti di qualsiasi natura, biologica e socio-ambientale), è sufficiente un insulto lieve (ad esempio un'infezione delle vie urinarie) per scatenare il delirium. Viceversa, in un individuo "fit" (con una riserva biologica conservata), è necessario il concorrere di eventi clinici molteplici e più severi. Tra i fattori predisponenti vanno annoverati i deficit sensoriali, un preesistente deficit cognitivo e/o disabilità, la malnutrizione e la multimorbilità mentre tra i fattori precipitanti l'uso dei mezzi di contenzione fisica e di cateteri vescicali, un inadeguato intake nutrizionale e la disidratazione, una recente prescrizione di uno o più farmaci (specialmente se con attività psicotropa), la ritenzione acuta di urine, la coprostasi, gli interventi chirurgici e i traumi. In



Manuale di Competenze in Geriatria

generale è opportuno ricordare che tutti i farmaci dotati di attività anticolinergica sono potenzialmente a rischio, ma in particolare benzodiazepine e neurolettici sono da evitare il più possibile.

Il gold standard per la diagnosi di delirium è rappresentato dai criteri del DSM, 5° edizione, ma l'utilizzo appropriato e corretto di tali criteri richiede training ed expertise. In letteratura sono state descritte più di ventiquattro scale di valutazione. La più utilizzata è la CAM (*Confusion Assessment Method*), anch'essa tuttavia poco sensibile e specifica se utilizzata da mani inesperte. La CAM infatti precisa gli ambiti cognitivi e clinici che devono essere esplorati per la diagnosi ma non specifica in modo strutturato le domande che l'intervistatore deve porre al paziente, lasciando aperte varie possibilità interpretative circa la presenza o assenza di delirium. Il 4AT è un nuovo strumento di assessment del delirium che richiede non più di due minuti per l'esecuzione e non richiede un training particolare. Per questo motivo ne suggeriamo l'uso come strumento routinario della pratica clinica da parte di tutte le figure professionali (Figura 1 e video).

Figura 1: 4AT Strumento di assessment del delirium

(Lo strumento è scaricabile in lingua originale dal sito www.the4AT.com, validazione italiana)

Cerchiare la risposta

[1] VIGILANZA

Riguarda pazienti che possono essere considerati marcatamente soporosi (per esempio pazienti per cui sembra difficile risvegliarsi o che si addormentino durante l'esecuzione del test). Osservare il paziente. Se dorme, provare a svegliarlo parlandogli o con un leggero tocco sulla spalla. Chiedere ai pazienti di dichiarare il proprio nome ed indirizzo per collaborare alla valutazione.

Normale (completamente vigile, non agitato durante tutta la valutazione)	0
Moderata sonnolenza per <10 secondi dopo il risveglio, poi normale	0
Chiaramente anomala	4

[2] AMT4

Età, data di nascita, luogo (nome dell'ospedale e dell'edificio), anno corrente

Nessun errore	0
1 errore	1
>2 errori/ instabile	2

[3] ATTENZIONE

Chiedere al paziente: "per favore, mi dica i mesi dell'anno in ordine contrario, partendo da dicembre". Per aiutare l'iniziale comprensione della domanda, è consentito un suggerimento come: "qual è il mese prima di dicembre?"

Mesi dell'anno al contrario

è in grado di ripetere senza errori >7 mesi	0
inizia, ma riporta < 7 mesi / si rifiuta di iniziare	1
test non effettuabile (il paziente è indisposto, assennato o disattento)	2



Manuale di Competenze in Geriatria

[4] ACUTO CAMBIAMENTO O DECORSO FLUTTUANTE

Dimostrazione di evidente cambiamento o andamento fluttuante in: attenzione, comprensione o altre funzioni mentali (ad esempio paranoia, allucinazioni) che si sono presentate nelle ultime 2 settimane e che sono ancora presenti nelle ultime 24 ore

No	0
Si	4

NOTE PER L'USO

Versione 1.2. Informazioni e download al sito: www.the4AT.com

Il 4AT è uno strumento di screening ideato per un assessment rapido del delirium e del deficit cognitivo. Un punteggio >4 suggerisce la presenza di delirium ancorché non diagnostico: un assessment più dettagliato dello stato mentale è richiesto per ottenere la diagnosi. Un punteggio compreso tra 1 e 3 suggerisce deficit cognitive ed una valutazione più dettagliata dello stato cognitivo e un colloquio aggiuntivo con il caregiver per indagare lo stato mentale sono richiesti. Un punteggio pari a 0 non esclude in modo categorico la presenza di delirium o deficit cognitive: una valutazione più dettagliata può essere richiesta in relazione al contest clinico. Gli items 1-3 sono valutati solamente sulla base dell'osservazione del paziente all'atto della valutazione. L'item 4 richiede informazioni da una o più sorgenti (ad es. Infermieri, altri membri dello staff, medico di famiglia, caregiver, documentazione sanitaria, etc). L'esaminatore deve tenere in conto di eventuali barriere della comunicazione (ipoacusia, afasia, difficoltà linguistiche) nella somministrazione del test e nell'interpretazione dei risultati.

Spiegazione singoli items. **Vigilanza:** un alterato stato di allerta è molto suggestivo per la presenza di delirium in un setting ospedaliero. Se il paziente mostra variazioni notevoli dell'arousal (vigilanza) durante l'esecuzione del test, il punteggio è 4. **Cambiamento acuto o decorso fluttuante:** una fluttuazione dello stato cognitivo può avvenire anche in assenza di delirium nei pazienti affetti da demenza, ma una fluttuazione marcata generalmente indica delirium. Per elicitar la presenza di allucinazioni o sintomi psicotici porre al paziente domande tipo "E' preoccupato/a di qualcosa in questo momento?"; "Si sente spaventato/a da qualcosa o qualcuno?"; "Ha sentito/visto qualcosa di strano qui?" Generalmente i sintomi psicotici in ambiente ospedaliero riflettono più frequentemente delirium che non una patologia psichiatrica funzionale (come la schizofrenia).

Bellelli, G., Morandi A., (2016). 4AT Italian version 1.2. Milano Bicocca University, Gruppo Italiano per lo Studio del Delirium (GISD), Italia.

Il programma di prevenzione più conosciuto al mondo è l'Hospital Elder Life Program (HELP), sviluppato da Inouye (<http://www.hospitalelderlifeprogram.org>). Esso comprende una serie di interventi, tra cui il riorientamento temporo-spaziale, un ridotto utilizzo di farmaci psicoattivi, la mobilitazione precoce dei pazienti fuori dal letto, l'igiene del sonno, il mantenimento e la promozione di un'adeguata idratazione e nutrizione e la fornitura di protesi visive ed uditive (Tabella 2).

Tabella 2: Prevenzione e fattori da valutare e correggere per la prevenzione del delirium

Fattore di rischio target	Interventi
Deficit cognitivo	Utilizzare tecniche di orientamento e protocolli di stimolazione cognitiva 3 volte al giorno
Deprivazione di sonno	Utilizzare protocolli di intervento non farmacologico, somministrare bevande tiepide alla sera, ridurre le interferenze sonore, rivalutare gli orari di somministrazione delle terapie farmacologiche. Evitare l'uso di sonniferi anche se già prescritti, a meno che non fallisca il protocollo di intervento non farmacologico. Ridurre il numero di "riposi" quotidiani, ridurre la caffeina e non somministrare diuretici nel pomeriggio. Favorire l'uso di luce soffuse durante il riposo notturno e musica rilassante



Manuale di Competenze in Geriatria

Immobilità	Utilizzare protocolli di mobilitazione precoce, favorire training di deambulazione giornaliera ed esercizi fisici. Eliminare, se possibile, catetere vescicale e evitare contenzioni fisiche
Deficit visivo	Verificare che il paziente utilizzi gli occhiali e, se necessario, che i messaggi siano scritti con caratteri grandi
Deficit uditivo	Verificare che il paziente indossi protesi acustiche e che non vi sia cerume auricolare. Scandire le parole in modo che siano comprensibili
Disidratazione	Sospettare sempre la disidratazione ed incoraggiare il paziente (o i familiari) a far assumere liquidi/bevande almeno 4 volte al giorno

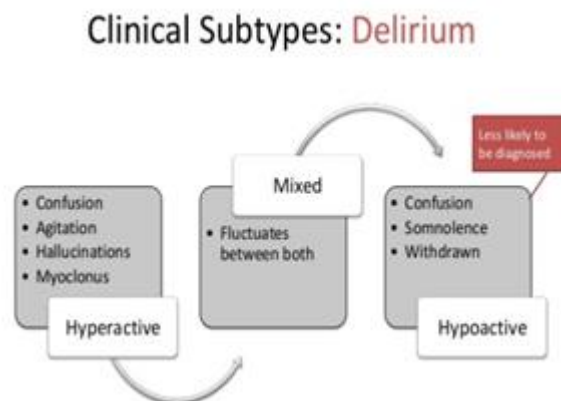
Il programma deve essere corrisposto da un team interdisciplinare, in stretta collaborazione con infermieri formati e, possibilmente, volontari. Il co-management geriatra-ortopedico è un approccio risultato efficace nella prevenzione dei pazienti con frattura di femore: il geriatra fornisce consigli sia nella fase pre-operatoria sia post-operatoria facendo riferimento a protocolli standardizzati di intervento che comprendono la gestione dell'idratazione, del dolore, della nutrizione e della mobilitazione. Il successo di questa strategia è tuttavia fortemente dipendente dall'aderenza a tali raccomandazioni.

Esistono strumenti per valutare approssimativamente il rischio di delirium come quello che segue: sarebbe utile utilizzarlo anche nella cartella infermieristica.

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:	

Il rischio di delirium è intermedio con un punteggio di 1-2; diventa alto se >3.

Dei sottotipi di delirium si deve ricordare che quello ipoattivo è quello più complesso da riconoscere e anche il più frequente nell'anziano e indice prognostico non favorevole.



L'inattenzione è il problema centrale e caratteristico del delirium; essa può essere rilevata nel colloquio con il medico e soprattutto con l'infermiere; per rilevare il difetto di attenzione esistono test neuropsicologici di non agevole esecuzione, allora si fa riferimento alle impressioni durante il



Manuale di Competenze in Geriatria

colloquio con il malato: per esempio quanto è attento il paziente alle prescrizioni terapeutiche o alla posologia dei farmaci alla loro consegna. Quindi anche l'infermiere è in grado di cogliere la ridotta attenzione. L'attenzione è un processo che richiede un procedimento cosciente e cognitivo di breve durata: quindi c'è overlapping fra attenzione, working memory e controllo esecutivo. La prova della lista dei mesi dell'anno all'indietro (da dicembre a gennaio) sembra la più semplice ed efficace ad evidenziare il difetto di attenzione.

Recentemente è stato proposto, soprattutto per il personale infermieristico e OSS, uno strumento (RADAR- *Recognizing acute delirium as part of your routine*) che si inserisce nella attività quotidiana dell'infermiere. È composto da tre quesiti ai quali basta rispondere sì o no, **senza il coinvolgimento diretto del paziente**:

Quando sei passato dal paziente per il controllo programmato:

- *Il paziente presentava sonnolenza?*
- *Il paziente aveva problemi a seguire le tue istruzioni?*
- *I movimenti del paziente erano rallentati?*

Sono necessari in media solo 7 secondi per rispondere alle tre domande, il che consente di impegnare meno di un minuto nell'arco delle 24 ore per eseguire quattro valutazioni nel corso della giornata. Anche i tempi per imparare a usare lo strumento sono molto brevi: sono infatti necessari meno di 15 minuti, escludendo l'addestramento al letto del malato.

Se somministrato dalle 3 alle 4 volte in 24 ore, il RADAR si è dimostrato abbastanza sensibile (73%) e moderatamente specifico (67%), sulla base dei criteri del DSM-IV-TR. Lo scopo di questo strumento o modalità di procedura è di rilevare la comparsa del delirium o anche di altre forme di disturbi; naturalmente l'assunzione di psicofarmaci, la temperatura corporea possono influenzare la reattività del malato anziano. È buona norma tener presente il COMA facendo riferimento alla Glasgow Coma Scale (consultabile [qui](#)).

