

ITEM 8

Sviluppa la valutazione e il trattamento non-farmacologico di un paziente anziano agitato, demente o con delirium

Il management del paziente anziano agitato o con delirium richiede la valutazione della situazione complessiva che comprende anche l'ambiente e il caregiver; questa avviene con le procedure descritte negli item di questo dominio. L'impiego di farmaci attivi sul sistema nervoso centrale deve essere considerato anche se non scevro di rischi per il paziente; ma prima si deve preferire la possibilità di influenzare la situazione con provvedimenti non-farmacologici tenendo ben presente che si tratta in genere di situazioni croniche.

Gli obiettivi più immediati dell'intervento medico ed infermieristico sono:

1. L'approccio al malato che presenta i problemi in considerazione è illustrato nei video che riguardano casi di delirium ipocinetico e ipercinetico (vedi item 4). Si deve garantire prima di tutto la sicurezza del paziente, tranquillizzandolo per quanto possibile con l'aiuto del caregiver o del parente; si deve porre attenzione alla protezione delle vie aeree (c'è il rischio di aspirazione) e al mantenimento di adeguati livelli di idratazione (attenzione al rapporto urea/creatinina >25 nel plasma) e di nutrizione (apporto calorico da assicurare di almeno 35 kcal/kg/die), la prevenzione delle lesioni cutanee e della sindrome da immobilizzazione (si veda il capitolo apposito). Il ruolo del caregiver è fondamentale. L'uso di contenzioni fisiche è particolarmente pericoloso ed è, quindi, da proscrivere per quanto possibile. La buona qualità della vita del paziente e del suo caregiver è l'obiettivo da perseguire in ogni momento del piano curativo-assistenziale. L'approccio al malato che presenta i problemi in considerazione è illustrato nei video che riguardano casi di delirium ipocinetico e ipercinetico: si trovano agevolmente su internet. Trattandosi di situazioni a lungo decorso si dovrà cercare di modificare l'ambiente in cui il paziente si trova: la terapia occupazionale può essere di aiuto nei diversi setting per gli interventi più efficaci al singolo caso; l'obiettivo è individuare attività adeguate e significative da proporre soprattutto a domicilio per stimolare le capacità sensoriali, percettive, motorie e cognitive del malato.
2. Identificazione delle cause: è necessario sottoporre il paziente ad un esame obiettivo completo e ad esami di laboratorio tenendo conto della sua anamnesi: quando sono insorti i disturbi?, a quali terapie è stato sottoposto?, i farmaci somministrati possono essere stati la causa di effetti avversi compreso l'episodio in considerazione?. È importante rivalutare tutte le terapie che sono in corso o che sono state recentemente sospese. Il neuroimaging è indicato soltanto nei pazienti con storia di recente caduta, quando si sospettino eventi cerebrovascolari o infettivi, o nei casi di riduzione dello stato di coscienza a genesi non chiara (ed in presenza di segni neurologici focali). Per ricordare le possibili cause di delirium sono stati creati alcuni acronimi, quali ad esempio DELIRIUMS (Drugs, Eyes/Ears, Low oxygen, Infection, Retention of urine or stool/Restraints, Ictal, Undernutrition/Underhydration, Metabolic, Subdural/Sleep deprivation) che indirizzano il medico nella revisione sistematica dell'etiologia. Di particolare importanza è la presenza di dolore che può essere la causa precipitante di un episodio di confusione mentale o anche di BPSD. L'effetto additivo della multipatologia spesso presente nell'anziano con problemi cognitivi e comportamentali non deve essere sottovalutato.
3. Trattamento: esso deve basarsi in primo luogo su strategie non farmacologiche, mirate in particolare alla correzione dei possibili fattori scatenanti. I farmaci andrebbero utilizzati soltanto quando il paziente rappresenta un pericolo per sé stesso, quando i sintomi sono particolarmente marcati o mettono a rischio la possibilità di effettuare altre terapie essenziali. Il farmaco maggiormente utilizzato è l'aloiperidolo, da iniziare a dosaggio basso con una lenta titolazione e da sospendere appena possibile. In alternativa si possono utilizzare neurolettici atipici, quali ad esempio il risperidone, anche se quest'ultimo sarebbe gravato da maggior rischio di effetti collaterali. Le benzodiazepine, invece, sono da proscrivere e vanno riservate



Manuale di Competenze in Geriatria

soltanto a casi specifici, come il delirium da astinenza alcolica. L'efficacia dei farmaci antidemenza non è dimostrata.

La Tabella 1 riassume i principi di trattamento del paziente affetto da delirium; si tratta di elencare i fattori predisponenti presenti e di rilevare gli eventuali fattori precipitanti. Si veda anche l'item 6.

Tabella 1: Terapia farmacologia e non farmacologia del DELIRIUM

TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO.

STEP 1. È opportuno documentare sempre la presenza di delirium in cartella clinica e infermieristica e ricercare (e rimuovere) le possibili cause utilizzando il seguente acronimo:

Condizione	Indicazioni operative
D Drugs	Rivedere la terapia farmacologia in atto, sospendendo i farmaci non necessari (specialmente benzodiazepine, neurolettici, farmaci ad attività anticolinergica). Se si utilizzano neurolettici, ricordarsi di iniziare a basse dosi ed eventualmente incrementare lentamente il dosaggio se necessario. Rivedere la terapia farmacologia ogni 24 ore.
E Eyes/Ears - Environment	Verificare che il paziente indossi protesi acustiche/occhiali e ridurre, se possibile, gli stimoli di disturbo nella stanza (es troppe persone).
L Low Oxygen	Verificare il livello di saturazione/ossigenazione sospettando processi flogistici a carico delle vie aeree o infarto/angina. Assicurare il giusto apporto di ossigeno (mantenendo SpO ₂ > 95% a meno che non sia presente BPCO/insufficienza respiratoria tipo 2).
I Infection	Sospettare la presenza d'infezioni (soprattutto vie aeree e vie urinarie).
R Retention urine or stool/Restrain	Verificare l'assenza di ritenzione urinaria (bladder scan/cateterismo estemporaneo). Prevenire/trattare la stipsi con emollienti delle feci. Rimuovere mezzi di contenzione (se in uso).
I Ictal, Ischemia	Sospettare la presenza di ictus o di infarto miocardico.
U Underhydration/Undernutrition	Correggere, se presente, e/o prevenire una condizione di disidratazione e/o malnutrizione mediante accessi programmati di somministrazione di liquidi e/o snack ai pazienti.
M Metabolic	Sospettare la presenza di scompensi metabolici (es ipo/iperglicemia, ipo/ipertiroidismo, ipo/iperparatiroidismo, etc).
S Subdural/Sleep deprivation	Verificare se anamnesi patologica recente positiva per cadute e trauma cranico. Se sospetto eseguire TC encefalo.

STEP 2. È utile ricordare che:

- il dolore è molto spesso causa di delirium e deve dunque essere sempre sospettato (soprattutto nel post-operatorio) laddove non si riesca ad individuare una causa specifica di delirium;
- va favorita la mobilitazione precoce e, se possibile, l'attività fisica del paziente, mediante brevi passeggiate o esercizi supervisionati da terapeuta della riabilitazione o terapeuta occupazionale;
- il familiare è un importante alleato negli sforzi di prevenzione/terapia non farmacologia del delirium ed è dunque opportuno fornirgli/le informazioni appropriate utilizzando opuscoli, se necessario, e incoraggiare la sua presenza in reparto. Gli opuscoli e le informazioni fornite potranno essere utili anche per la gestione al domicilio, permettendo al familiare di riconoscere rapidamente i sintomi prodromici del delirium.



Manuale di Competenze in Geriatria

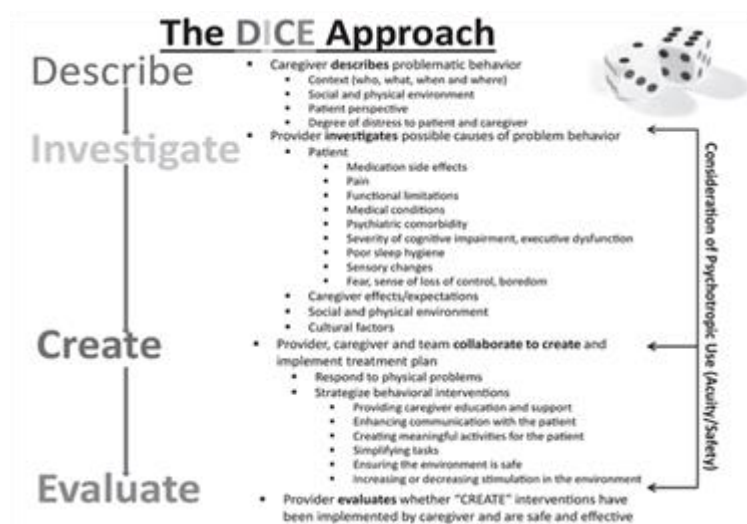
TRATTAMENTO FARMACOLOGICO.

Attualmente non esiste un farmaco più efficace di un altro. Tuttavia si possono utilizzare i seguenti farmaci:

1. **ALOPERIDOLO:** Agisce rapidamente, ha meno effetti collaterali anticolinergici, pochi metaboliti attivi ed a basso dosaggio ha una ridotta probabilità di causare sedazione e ipotensione. Si somministra preferibilmente per via intramuscolare. Nell'anziano con delirium ipercinetico il dosaggio medio è 0,25-0,50 mg ogni 4 ore, fino al controllo dei sintomi ipercinetici. Va poi ridotto progressivamente e sospeso dopo 36 ore di stazionarietà dei sintomi. Non bisogna dimenticare che aloperidolo allunga l'intervallo QT (grado di evidenza 1a) e può indurre torsione di punta. È fondamentale l'esecuzione di frequenti elettrocardiogrammi: se il QT supera i 450 millisecondi o il 25% della durata del QT basale è indicata la sospensione del farmaco. Quando si utilizza aloperidolo si può incorrere in numerosi effetti collaterali. Il più grave è la sindrome maligna da neurolettici, rara ma gravissima, che comporta rigidità muscolare e aumento delle CPK, febbre, instabilità autonoma e leucocitosi; in questi casi aloperidolo va sospeso immediatamente. Un altro evento avverso è l'acatisia, che viene spesso confusa con il delirium stesso: si tratta di uno stato di severa irrequietezza ed iperattività, che trae giovamento dalla sospensione del farmaco.
2. **ANTIPSICOTICI ATIPICI (Risperidone, Olanzapina e Quetiapina):** I primi due possono essere efficaci ed hanno meno effetti collaterali di tipo extrapiramidale rispetto ad aloperidolo, ma vi sono meno evidenze scientifiche riguardo alla loro efficacia. Il dosaggio medio da utilizzarsi nel paziente anziano è 1mg/die per risperidone, 2.5 mg die per olanzapina. Tra gli antipsicotici atipici il risperidone è quello con minor effetto anticolinergico. Il dosaggio di quetiapina da usare in caso di delirium è 50 mg die; quetiapina, tuttavia, non deve essere utilizzata in soggetti affetti da demenza di grado moderato-severo.
3. **BENZODIAZEPINE (Lorazepam):** Attività solo sedativa. Ha un'azione rapida ma può causare disinibizione. È il farmaco di scelta nelle sindromi da astinenza da alcool, da farmaci sedativi-ipnotici e da valutare nei pazienti con parkinsonismo. È importante notare che l'uso non controllato di benzodiazepine può anche incrementare il rischio di sviluppare delirium. Non va mai utilizzato quando c'è depressione respiratoria. Il dosaggio medio è 0,25-1mg, da utilizzarsi per via orale, intramuscolare o endovenosa.

Si ricorda ancora che la prevenzione è fondamentale e possibile; l'obiettivo del trattamento in generale è il mantenimento delle prestazioni cognitive che molto spesso sono ridotte già prima dell'episodio di delirium. Trattandosi di condizioni tipicamente da long-term care si deve privilegiare l'approccio complessivo a questi malati anziani con frequenti sintomi neuropsichiatrici. Si devono coinvolgere le figure anche professionali coinvolte nella cura del malato anziano; si deve individuare l'obiettivo della cura e dell'assistenza facendo riferimento alla tabella che segue (**DICE Approach**) che fornisce anche indirizzi operativi e raccomanda l'intervento della terapia occupazionale soprattutto nei setting a lungo termine.

Tabella 2: The DICE Approach



Manuale di Competenze in Geriatria

“Describe”: si deve chiedere al caregiver e al paziente di descrivere chi, cosa, quando, dove sono insorti i disturbi del comportamento e il contesto fisico e sociale del paziente in quel momento; ai caregivers sarà raccomandato di annotare i particolari citati per riferirli al medico nelle visite successive; al medico compete di investigare salute e patologie del malato, i sintomi cognitivi presenti, i farmaci in uso e il ritmo del sonno; questi dati potranno essere comparati a quelli “describe”. “Create” fa riferimento alla possibilità ponderata di modificare le attività del paziente, modificare l’ambiente di vita (anche gli odori e i colori possono influenzare positivamente), educare alla cura fornendo anche supporto al caregiver. Con continuità si dovrà poi valutare l’implementazione dei consigli e i risultati ottenuti anche in base agli obiettivi prefissati. La proposta è che in questi casi si debba osservare ed investigare con semplicità la situazione clinica, creare un ambiente di supporto che tenga conto dei bisogni del malato, valutando poi i risultati che si ottengono con l’approccio pianificato.

Il delirium non ha una certa terapia farmacologica; questa ha effetti avversi importanti di grande impatto in un paziente con multipatologia; quindi si raccomanda di utilizzare inizialmente un approccio non farmacologico ottimizzando l’input sensoriale nell’ambiente in cui si trova l’anziano; anche l’orientamento dovrà essere migliorato fornendo oggetti famigliari e favorendo la presenza continua almeno di un familiare; la posizione seduta è raccomandata utilizzando una sedia confortevole e sicura, la deambulazione sarà da promuovere. Si tratta di comportamenti preventivi molto utili da attuare negli anziani ricoverati e a rischio di delirium. Nutrizione e idratazione sono da realizzare giornalmente con la massima attenzione e precisione valutando le perdite (urine, feci e sudorazione) affinché l’apporto sia adeguato; per somministrare liquidi (e anche alcuni farmaci) è utile l’ipodermoclisi.

Infine, ricordiamo i possibili effetti musicoterapia: la musica diffusa, dolce, melodica, naturale nell’ambiente di degenza può fornire benefici emozionali e anche comportamentali anche nei pazienti con problemi cognitivi; essa riduce lo stress, l’ansia e anche l’agitazione. La musica è una comunicazione non verbale capace di risvegliare il corpo, evocare ricordi e indurre sensazioni piacevoli.

La mortalità da delirium è elevata, simile a quella delle cardiopatie. Per questo si raccomanda che anche il pronto soccorso, come tutti i reparti ospedalieri, adottino interventi utili come quelli comportamentali di adattamento, aggiustamento dell’ambiente (stanze singole, silenziose, orologi, colori, odori), prevenire la disidratazione, il dolore, la ritenzione urinaria, la stipsi, le infezioni.

Per quanto riguarda l’anziano al pronto soccorso si ricorda che questo ambiente, in genere assai affollato e con alto turnover, si utilizza il TRIAGE che non prevede un iter diagnostico per il delirium anche se dovrebbe essere il setting più appropriato per l’individuazione dello stato confusionale. Non si deve dimenticare che il delirium si manifesta a volte con allucinazioni e delusioni che inducono a trattamenti medici poco qualificati anche in questo setting. La ricerca di fattori precipitanti come dolore, disidratazione, infezioni, ritenzione urinaria, fecaloma, fattori ambientali disorientanti, possibili effetti avversi da farmaci deve essere attenta ed è di competenza anche infermieristica. L’ambiente del pronto soccorso può risultare favorente la comparsa di delirium con le sue lunghissime attese rumorose su barelle o sedie.

La partecipazione del personale infermieristico e del caregiver è fondamentale per la prevenzione e la gestione del delirium dell’anziano.



Manuale di Competenze in Geriatria

