

DELIRIUM : CONOSCERLO PER EVITARLO

DEFINIZIONE

CRITERI DSM V

- Disturbo di attenzione e di consapevolezza...
- ... associato ad un ulteriore deficit cognitivo (memoria, disorientamento, linguaggio, capacità visuospatiali o percezione)
 - ... che si sviluppa in un breve periodo di tempo (ore-giorni), con cambiamento netto rispetto al basale e tendenza a fluttuazione nel corso della giornata
 - ... non meglio spiegato da altro disturbo neurocognitivo preesistente (o stato di coma)
 - ... con riscontro di condizione medica, intossicazione/astinenza da sostanze o effetto collaterale di farmaci a sua giustificazione

Variabilmente associato a disturbi comportamentali psicomotori (ipoattività, iperattività, alterazione dell'architettura del sonno) e disturbi emotivi (paura, depressione, euforia...)



EPIDEMIOLOGIA

1 paziente su 5 ricoverato in ospedale, ma ampiamente sotto-diagnosticato in quanto NON riconosciuto (sintomi in cartella clinica 30-50% → codifica SDO circa 3%)



10-20% delirium *prevalente* (all'accesso in DEA)



10-30% delirium *incidente* (durante la degenza)



32-70% dei pazienti in terapia intensiva



90% dei pazienti a fine vita

DIAGNOSI

Identificare **fattori predisponenti**: età avanzata, fragilità, deterioramento cognitivo, farmaci e alcool, disturbi del sensorio (es vista, udito)

Identificare **fattori precipitanti**: dolore, malattie acute (infezioni, ipossia, disturbi metabolici, stroke), ricovero (anestesia, chirurgia, immobilizzazione, catetere vescicale, allontanamento da ambiente familiare)

Usare strumenti di screening:
4AT (sens 76%, spec 94%) versus
CAM (sens 40%, spec 100%)

TC cranio: utile soprattutto in presenza di sintomi neurologici focali

EEG : utile soprattutto in terapia intensiva (stati epilettici non convulsivi o encefalopatie metaboliche)

Rachicentesi : utile se stato confusionale persistente non spiegato da altre cause



TRATTAMENTO

Cosa funziona ?

Cosa può funzionare ?

Cosa NON funziona ?

PREVENZIONE

(esempio) *Delirium Bundle Prevention* in rianimazione

- A (Assess&manage pain): valutazione e gestione del dolore
- B (Breathing&Awakening): trial di risveglio e respiro spontanei
- C (Comunication&Coordination): comunicazione e coordinazione
- D (Delirium): valutazione, gestione e prevenzione delirium
- E (Early Rehabilitation): Precoci mobilizzazione e riabilitazione cognitiva e funzionale
- F (Family engagement): coinvolgimento della famiglia

- Aloperidolo al bisogno 0.5-1 mg (dose massima 4 mg al di) os o im per minor tempo possibile (ev correlato a maggior rischio torsione di punta)
- Dati contrastanti su efficacia degli antipsicotici atipici, tuttavia minori effetti collaterali motori (quindi da preferire in soggetti con extrapiramidalismi preesistenti)
- Melatonina serale
- Tiamina (soprattutto in astinenza alcoolica)

- Contenzioni fisiche: eccetto per protezione individuale (es autolesionismo)
- Benzodiazepine: eccetto delirium da astinenza o in caso di impossibilità di utilizzo antipsicotici
- Inibitori delle colinesterasi
- Alte dosi di neurolettici

CONSEGUENZE



La demenza si manifesta più frequentemente nei pazienti che hanno avuto in precedenza un delirium.



Deterioramento cognitivo e demenza sono fattori di rischio indipendenti per delirium, che è comunque associato ad accelerazione di perdita cognitiva.



Aumento mortalità (ricovero 8-35% vs 1-8%, a 6 mesi 15-31% vs 10-15%, a 12 mesi 38-48% vs 14-21%)



Durata degenza ospedaliera raddoppiata e perdita di funzionamento tale da aumentare la probabilità di istituzionalizzazione di 2.8-7.3 volte.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, DSM-5
Bellelli G et al., Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people, Age Ageing 2014
Fick D et al Consequences of not recognizing delirium superimposed on dementia in hospitalized elderly individuals. J Gerontol. Nurs 2000
Fong, T. G et al The interface between delirium and dementia in elderly adults. Lancet Neurol. 2015.
Gustafson Y et al. Underdiagnosis and poor documentation of acute confusional state in elderly hip fracture patients. J Am Geriatr Soc 1991
Jackson T et al, Predicting outcome in older hospital patients with delirium: a systematic literature review, Int J Geriatr Psychiatry . 2016
Marcantonio Delirium in hospitalized older adults, N Engl J Med., 2017
Marra A et al The ABCDEF Bundle in Critical Care, Critical Care Clinics. 2017
McCusker J et al, The course of delirium in older medical inpatients: a prospective study J Gen Intern Med 2003
Morandi et al. An interdisciplinary statement of scientific societies for the advancement of delirium care across Europe BMC Geriatr 2019
Richardson, S. J. et al. Recurrent delirium over 12 months predicts dementia: results of the delirium and cognitive impact in dementia (DECIDE) study. Age Ageing (2021).
Shenkin, SD et al. Delirium detection in older acute medical inpatients: a multicentre prospective comparative diagnostic test accuracy study of the 4AT and the confusion assessment method. BMC Med 2019.

Adapted from @doctorabouleila
@iDelirium_Aware

