

Algoritmo per il management del delirium



Gruppo Italiano Studio Delirium



Cambiamento acuto dello stato cognitivo – Think delirium

Fattori di rischio di delirium

- Malattia acuta
- Deficit sensoriale
- Recente dimissione da ospedale acuti
- Contenzione
- Demenza
- Politerapia
- Depressione
- Età >70 anni
- Recente anaestesia/chirurgia
- Uso di oppiacei, benzodiazepine o anticolinergici
- Storia di abuso alcolico*
- Fragilità
- Catetere vescicale
- Dolore acuto/cronico

Questo protocollo NON si applica ai casi di delirium da abuso alcolico o di sostanze. Nel sospetto applicare i protocolli dedicati

Questo algoritmo è riservato a persone di età > 18 anni

Questo algoritmo non è esaustivo

Ricorda: 1) esistono altre cause di delirium, 2) altri metodi di valutazione, indagini, modalità di gestione o terapie possono essere utili per ciascun paziente.

Le valutazioni e le decisioni operative devono essere prese in base al proprio giudizio clinico

Sospetto clinico di delirium o test di screening positivo [es. 4AT o CAM]
[NOTA: I test di screening possono risultare falsamente negativi – usa giudizio clinico]

Tratta le cause acute, gravi (es sepsi, ipossia, ipoglicemia, intossicazione da farmaci)

Il team raccoglie le informazioni anamnestiche da un familiare/informatore e valuta la capacità del paziente di fornire un consenso al trattamento. Se il paziente non è in grado, applicare la procedura del setting di riferimento. I protocolli di trattamento devono essere discussi con il familiare/informatore.

- Individuare un informatore in grado di fornire notizie affidabili e porre domande sia sullo stato cognitivo e funzionale precedente il ricovero che sulle malattie da cui il paziente è affetto.
- Le domande valutano l'uso di alcool e se, recentemente, vi siano state cadute, variazioni farmacologiche e/o dell'intake idrico-alimentare. Valutare il livello di assistenza
- Se non vi è l'informatore, contattare il medico curante/assistente sociale/altro
- Usa l'IQCODE o AD8 per raccogliere l'anamnesi • Valuta il livello di assistenza fornito

Il Delirium spesso non viene indagato

Attenzione che i pazienti con delirium possono avere ideazione paranoide/illusioni: valuta il rischio e gestiscilo adeguatamente

Valuta con test specifici & definisci lo stato cognitivo alla baseline

- **MMSE SPSMQ MOCA MiniCOG** • Valuta memoria, umore, dispercezioni, congruenza ragionamento, sonno,
- Conduci un esame obiettivo completo che includa un esame neurologico, valuta il linguaggio ed il livello di attenzione. Cerca segni locali di sepsi (es. vescica, polmoni, cute), stipsi e valuta se eseguire l'esplorazione rettale.

DOCUMENTA LA DIAGNOSI DI DELIRIUM E LE CAUSE POSSIBILI; MODIFICA SE SERVE

Revisione farmacologica

- Valuta l'appropriatezza dei farmaci in base all'età
- È stato recentemente introdotto/sospeso qualche farmaco?
- E' stata modificata la dose dei farmaci?
- Il paziente è aderente alla terapia?
- Considerare attentamente la necessità di: oppioidi/ benzodiazepine/ antipsicotici/antispastici / antiepilettici / antistaminici/ antiipertensivi (specialmente se tendenza ad ipotensione arteriosa) / steroidi / antidepressivi triciclici/ digossina/ farmaci antiparkinsoniani
- Evitare la brusca sospensione di farmaci che possono generare dipendenza o sindrome da sospensione

Indagini

- In base ad anamnesi ed esame obiettivo
- Funzionalità renale ed elettroliti sierici / funzionalità epatica/ emocromo completo / glicemia/ Proteina C Reattiva
 - Calcio/ Fosfato sierici
 - Funzionalità tiroidea
 - Saturazione plasmatica di O2/ Emogasanalisi arteriosa
 - ECG
 - Rx torace
 - Esame chimico-fisico delle urine /Urinocoltura
 - Esami culturali su sangue, espettorato o feci
 - TC encefalo in urgenza se paziente in terapia anticoagulante, trauma cranico, segni neurologici focali o persistenza dei sintomi

Ottimizzazione della gestione delle comorbidità

- Ad esempio:
- Insufficienza respiratoria
 - Diabete mellito
 - Cardiopatia/ Insufficienza cardiaca
 - Patologia tiroidea
 - Malattia di Parkinson
 - Malattia cerebrovascolare

Gestione dell'ambiente e misure generali

- Approcciare il paziente con calma e serenità
- Monitorare il sonno, mantenere la vigilanza favorendo attività diurne
- Favorire il più possibile la mobilitazione dei pazienti in aree a basso rischio di confusione/cadute
- Assicurare l'uso di occhiali/protesi acustiche, rimuovere i tappi di cerume
- Assicurare un'adeguata alimentazione, monitorare l'assunzione quotidiana di cibi solidi/liquidi mediante opportune tabelle
- Rassicurare e riorientare con regolarità (usare orologi e calendari)
- Fornire campanello al paziente e rispondere prontamente alle chiamate
- Ascoltare i bisogni del paziente
- Ridurre i rumori (monitors e allarmi) ed i rumori di fondo
- Se esistono problemi di udito o espressione, considerare la necessità di un interprete
- Fare riferimento ad un informatore se un paziente è in carico al servizio psichiatrico

EVITA

- Cambi di stanza
- Procedure non necessarie
- Ipossia
- Disidratazione
- Stipsi
- Cateterismi

Spesso vi sono cause multiple di delirium ma in più del 30% dei casi la causa non viene identificata

Trattamento dei sintomi del Delirium

- Favorire momenti di relax durante la visita- ruolo della famiglia nel supporto al paziente
- Il delirium ipocinetico è comune nel paziente anziano. Indaga i sintomi psicotici che possono essere meno evidenti
- Tratta i sintomi psicotici se generano sofferenza
- Considera l'ipotesi di ampliare lo staff assistenziale
- Se i sintomi pongono a rischio la sicurezza del paziente o quella di altre persone, usa basse dosi di farmaco (inizia piano – aumenta piano) e monitora ogni 24 ore
- Valuta la capacità del paziente di acconsentire al trattamento
- Farmaci per l'agitazione/sofferenza ingestibili:
 - Aloperidolo 0.5-1 mg per os (max 2mg/24 ore)
 - Aloperidolo 0.5 mg i.m. (max 2mg/24 ore)
- **Non usare se segni di Parkinsonismo o demenza a Corpi di Lewy** Se i farmaci antipsicotici sono controindicati (come sopra),
 - Lorazepam 0.5-1 mg per os (max 2mg/24 ore)
 - Midazolam 2.5 mg i.m. (max 7.5mg/24 ore)
- I pazienti più giovani possono necessitare di dosaggi più elevati

Fattori che suggeriscono un legame con disturbo psichiatrico

- Agitazione severa o malessere che non rispondono alle misure standard sopra elencate
- Esistono dubbi concreti riguardo la diagnosi
- Non è stata considerata l'opzione che il paziente sia in carico al Servizio Psichiatrico

I servizi psichiatrici possono fornire informazioni utili sullo stato cognitivo precedente e/o sullo stato di salute mentale

Paziente in miglioramento

- Riduci o interrompi il trattamento con farmaci antipsicotici
- Rivaluta lo stato cognitivo
- Considera lo stato post-delirium (ad esempio la rievocazione o il disturbo delirante)
- Incoraggia i pazienti a condividere la loro esperienza con lo staff

Ripeti lo screening del delirium (guidato dalla clinica) fino a che per 2 giorni consecutivi non si riscontrano delirium
Il miglioramento può essere colto con il miglioramento dello stato cognitivo o del sonno del paziente

Paziente NON in miglioramento

Dopo 1 settimana o se delirium severo, far riferimento allo specialista

Deterioramento cognitivo crescente

- Documenta la diagnosi di delirium nella lettera di dimissione per il MMG
- L'alto rischio di delirium ricorrente richiede un pronto trattamento
- Segui il tipo di declino cognitivo

Deterioramento cognitivo stabile

- Documenta la diagnosi di delirium nella lettera di dimissione per il MMG
- L'alto rischio di delirium ricorrente richiede un pronto trattamento
- Aumentato rischio di demenza nel futuro

Il Delirium può persistere anche settimane o mesi dopo aver trattato la causa