

DELIRIUM in Terapia Intensiva

10 dicembre 2014

*Federico Lorusso
Maia Nguyen
Silvia Cobelli
Federica Rodella
Patrizia D'Ottavi*

DEFINIZIONI & EPIDEMIOLOGIA

“Talvolta, le persone ammalate, nel corso di un parossismo febbrile perdono la propria capacità di giudizio ed iniziano a parlare in modo incoerente... quando si riduce la severità della noxa, la capacità di giudizio ritorna...”

Celsio 1° secolo AC

Patrizia D'Ottavi

...Cosa NON è il DELIRIUM:

- ✓ NON è una forma di “demenza acuta”
- ✓ NON è (almeno sempre) un BPSD *

*Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

CRITERI DSM V

- A. Disturbo dell'attenzione (i.e., ridotta capacità a dirigere, focalizzare, sostenere e shiftare l'attenzione) e consapevolezza (ridotto orientamento del se nell'ambiente).
- B. Il deficit si sviluppa in un periodo di tempo relativamente breve (generalmente ore o pochi giorni), rappresenta un cambiamento dai livelli di attenzione e consapevolezza di base, e tende a fluttuare in gravità nel corso della giornata.
- C. É presente un altro deficit cognitivo (es, memoria, disorientamento, linguaggio, abilità visuospatiali, o dispercezioni).
- D. I deficit di cui ai criteri A e C non sono spiegabili sulla base di un preesistente (stazionario o in evoluzione) disturbo neurocognitivo e non si verificano in un contesto di grave riduzione dei livelli di arousal (es coma)
- E. Vi è evidenza per storia clinica, esame obiettivo o risultati di laboratorio che il delirium è una diretta conseguenza di un problema clinico, intossicazione o sospensione di farmaci, esposizione a tossine, o è dovuto a molteplici eziologie.

Il delirium è presente se tutti e 5 i criteri sono soddisfatti

Criteri diagnostici DSM-V

Analisi sottotipi

- **Delirium da intossicazione di sostanze** per es: alcool, oppioidi, ipnotici, anfetamina, altre sostanze
- **Delirium da astinenza di sostanze** Per es.: alcool, oppioidi, sedativi, ipnotici, ansiolitici
- **Delirium indotto da farmaci**
Questa definizione si applica quando i sintomi nei criteri A e C si presentano come effetto collaterale di un farmaco prescritto
- **Delirium dovuto ad altra condizione medica**, evidenza in anamnesi, esame obiettivo, esami di laboratorio che il disturbo è conseguenza di una condizione medica sottostante
- **Delirium da eziologia multipla**
evidenza in anamnesi, esame obiettivo, esami di laboratorio che il disturbo ha più di una causa (causa medica, oppure una condizione medica e un'intossicazione da sostanza o un effetto collaterale di un farmaco)

Definizione del delirium: Terminologia

Classificazione temporale

- Prevalente: presente al momento dell'ingresso in un setting di cura
- Incidente: compare durante la degenza in un setting di cura
- Persistente: permane nel tempo

Definizione del delirium: terminologia (2)

Classificazione in base alle caratteristiche cliniche

- Ipercinetico: agitazione, aggressività, irrequietezza
- Ipocinetico: letargia, ipoattività, rallentamento ideomotorio
- Misto: alternanza della forma ipocinetica ed ipercinetica

Definizione del delirium: terminologia (3)

- Delirium superimposto a demenza
- Subsindromico (attenuated delirium syndrome): uno o più sintomi del delirium, ma che non progrediscono al punto tale da poter fare diagnosi di delirium

Levkoff S.E., et al. Am J Geriatr Psychiatry 1996; 4: 320-329

Fick D.M., et al. J Gerontol A Biol Sci MedSci 2005; 60: 748-753

Fick D.M., et al. J Am Geriatr Soc 2002; 50: 1723-1732

Quanto è
frequente il
DELIRIUM?

Epidemiologia

Popolazione generale

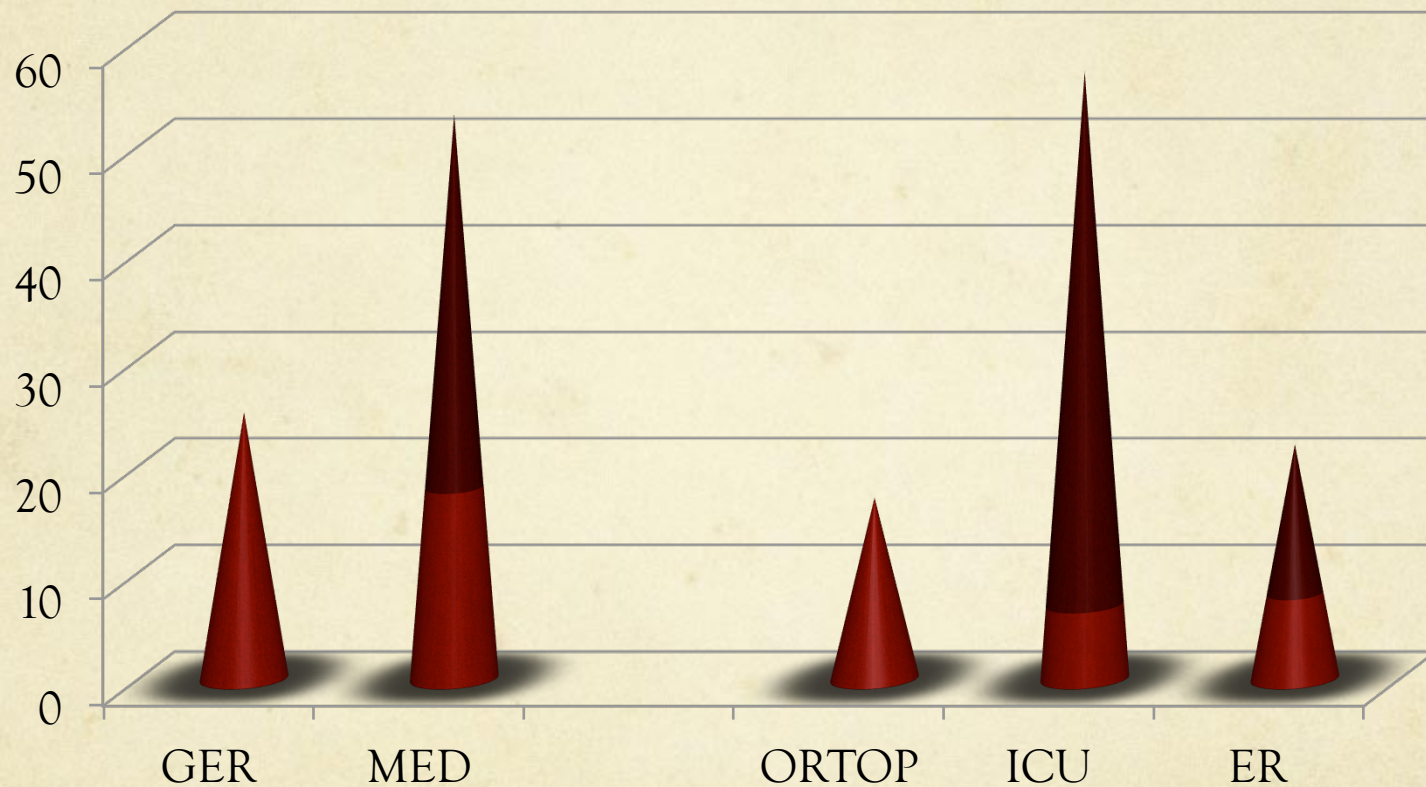
- La prevalenza nella popolazione generale risulta relativamente bassa con una prevalenza di 7.2 per 1,000 anziani
- Poiché in alcuni studi sono stati esclusi i pazienti con diagnosi di demenza la prevalenza può essere sottostimata.
- Inoltre, sebbene la prevalenza possa essere bassa in ogni dato momento, in persone con più di 85 anni, la prevalenza mensile raggiunge il 25 %.

Epidemiologia

Pazienti ospedalizzati

REPARTO	PREVALENZA %	INCIDENZA %
Cardiochirurgia	-	11-46
Altro reparto	-	13-50
Ortopedia	17	12-51
Medicina Generale	18-35	11-14
Geriatria	25	20-29
Terapia Intensiva	7-50	19-82
Stroke Unit	-	10-27
Cure Palliative	-	47
Dipartimento Emergenze	8-14	

Delirium prevalence by ward (280)



Prevalenza del Delirium in ICU

- 50-80% dei pazienti ventilati sviluppa delirium
- 20-50% dei pazienti ricoverati in ICU con problematiche di minor gravità sviluppa delirium
- Oltre 40.000 pazienti statunitensi ventilati in ICU sono in delirium ogni giorno
- 10% rimane in delirium alla dimissione

Ely EW, JAMA 2001 McNicoll L, JAGS 2003 Ely EW, CCM 2001 Micek S, CCM 2005

Bergeron N, ICM 2001 Thomason J, Crit Care 2005 Ely EW, CCM 2004 Peterson J, JAGS 2006

REMEMBER...

- **Drugs** *Farmaci*
- **Eye, ears** *Deficit sensoriali*
- **Low oxygen** *Ipossia*
- **Ischemia** *IMA, ictus, etc*
- **Retention** *Stipsi, ritenzione urinaria*
- **Infections** *Infezioni*
- **Underhydration** *Disidratazione*
- **Metabolic** *Disordini metabolici*
- **Subdural** *Ematoma subdurale*

FATTORI DI RISCHIO

SETTING MEDICI	SETTING CHIRURGICI	HOSPICE CURE PALLIATIVE
Età ≥ 80 aa	Età ≥ 65 aa	Età
Demenza	Demenza	Neoplasie cerebrali
Deficit visivi	Depressione	Metastasi cerebrali ed ossee
Disidratazione	FA	Neoplasie ematologiche
Gravità malattia acuta	Fragilità	Encefalopatia ipossica
Abuso etilico	Pregresso ictus	Ipoalbuminemia
	Diabete Mellito	
	Arteropatia obliterante	
	Comorbilità	
	Euroscore ≥ 5	
	Deficit visivi e uditivi	
	Leucoaraiosi	

CONOSCERE I FATTORI DI RISCHIO DURANTE IL RICOVERO

SETTING MEDICI	SETTING CHIRURGICI	HOSPICE CURE PALLIATIVE
Contenzione fisica	Deficit funzionali	Farmaci psicotropi
Malnutrizione	Depressione	Infezioni
Aggiunta di ≥ 3 farmaci durante ricovero	Pregresso Ictus/TIA	
Assenza familiari in stanza	Ipo/Iper albuminemia	
Assenza orologi in stanza	Emotrasfusioni perioperatorie	
Mancato uso degli occhiali	Alterazioni elettrolitiche	
Uso oppioidi/BDZ	Ipossiemia	
Coprostasi	FE vsx $\leq 30\%$	
Ritenzione acuta d'urina	Contropulsatore aortico	
Catetere vescicale	Chiru ort d'urgenza/Program	
	Chiru Toracica o AA	
	Dolore post-op	
	Meperidina/BDZ	
	Mancata mobiliz post-op	

FDR

- Priorità assoluta nella gestione del delirium: la definizione causale e la correzione , laddove possibile, sono la parte fondamentale della terapia
- Il delirium è un disturbo che , se gestito bene, va generalmente incontro a remissione
- Fondamentale conoscere il potenziale di morbidità e mortalità associato al delirium
- Difficoltà: molteplici cause
- Indispensabile la collaborazione tra i componenti dell'equipe per la condivisione delle competenze

Perché *pre-occuparsi* di delirium?

○ Percezione del paziente

“Mi sentivo molto confusa.. Non capivo niente. Una cosa diversa dal solito. Mi addormentavo così e non me ne accorgevo.. Dopo piano piano.. Allucinazioni mi venivano nel letto degli uomini e cercavano di farmi del male”

“Non ricordo di essere stata confusa. Me lo hanno detto. Ricordo solo che ero sempre in pericolo, sempre legata. I lacci che mi mettevano mi agitavano. A volte mi trovavo su un pavimento molto lucido e non riuscivo a stare in piedi. Mi sembrava di essere in un sogno... Ho avuto paura di morire...”

○ Outcome del paziente

Come fare
DIAGNOSI
di
DELIRIUM?