

QUESTIONI APERTE

Il delirium in cardiologia: un vecchio problema, una nuova emergenza

Giovanni Falsini¹, Serena Romanelli², Laura Insana², Dorian Frongillo³, Simone Grotti⁴, Paolo Angioli¹,
Kenneth Ducci¹, Francesco Liistro¹, Benedetta Calchetti², Roberto Rossi¹, Leonardo Bolognese¹

¹U.O. Cardiologia, Azienda USL Toscana Sud Est, Zona Operativa Arezzo

²U.O. Neurologia, Azienda USL Toscana Sud Est, Zona Operativa Arezzo

³U.O.C. Cardiologia Ospedale San Sebastiano Martire, Frascati, ASL Roma 6

⁴U.O.C. Cardiologia, Ospedale Morgagni-Pierantoni, Forlì

MATERIALE SUPPLEMENTARE

Test 4AT per delirium:

<p>[1] VIGILANZA <i>Valuta lo stato di vigilanza del paziente (dal sopore, caratterizzato ad esempio da difficoltà a risvegliarsi o addormenti durante l'esecuzione del test, all'agitazione /iperattività). Osservare il paziente. Se dorme, provare a risvegliarlo, richiamandolo, o con un leggero tocco sulla spalla. Chiedere al paziente di ripetere il proprio nome e l'indirizzo della propria abitazione.</i></p>	<p>Normale (completamente vigile, non agitato durante tutta la valutazione) 0 Moderata sonnolenza per <10 secondi dopo il risveglio, poi normale 0 Chiaramente anomala (iperattivo, agitato o marcatamente soporoso) 4</p>
<p>[2] AMT4 <i>Età, data di nascita, luogo (nome dell'ospedale e dell'edificio), anno corrente.</i></p>	<p>nessun errore 0 1 errore 1 > 2 errori 2</p>
<p>[3] ATTENZIONE <i>Chiedere al paziente: "per favore, mi dica i mesi dell'anno in ordine contrario, partendo da dicembre" Per aiutare la comprensione della domanda, è consentito inizialmente questo suggerimento: "qual è il mese prima di dicembre?"</i></p>	<p>mesi dell'anno a ritroso in grado di ripetere senza errori > 7 m 0 inizia ma ripete < 7m/ rifiuta di iniziare 1 test non effettuabile (paz disattento) 2</p>
<p>[4] CAMBIAMENTO ACUTO O DECORSO FLUTTUANTE <i>Dimostrazione di un evidente cambiamento o di un decorso fluttuante relativamente all'attenzione, alla comprensione o altre funzioni cognitive-comportamentali (ad esempio ossessioni e/o allucinazioni) con esordio nelle ultime 2 settimane e ancora presenti nelle ultime 24 ore</i></p>	<p>no 0 si 4</p>
<p>>4: possibile delirium +/- deficit cognitivo 1-3: possibile deficit cognitivo 0: delirium o deficit cognitivo severo improbabile (ma il delirium potrebbe essere possibile se l'item [4] è incompleto)</p>	

Bellelli G, Morandi A, Davis DH, Mazzola P, Turco R, Gentile S, Ryan T, Cash H, Guerini F, Torpilliesi T, Del Santo F, Trabucchi M, Annoni G, MacLulich AM. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age Ageing*. 2014 Jul;43(4):496-502. doi: 10.1093/ageing/afu021. Epub 2014 Mar 2. Erratum in: *Age Ageing*. 2015 Jan;44(1):175.

Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

Valutazione del paziente	Data															
	Turno	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
1. Alterazione stato di coscienza (A-E)*																
Se A o B non proseguire la valutazione del paziente in quel periodo																
2. Disattenzione																
3. Disorientamento																
4. Allucinazioni o psicosi																
5. Agitazione o ritardo psicomotorio																
6. Alterazione del linguaggio o dell'umore																
7. Disturbo del ciclo sonno/veglia																
8. Fluttuazione dei sintomi																
Punteggio totale (0-8)																

Legenda: ICDSC = 0 : Assenza di Delirium ICDSC fra 1 e 3 : Delirium Subclinico ICDSC ≥4 : Delirium

* Alterazione stato di coscienza

Punteggio A: Nessuna risposta -

B: Risposta solo a stimolo intenso e ripetuto -

C: Risposta a stimolo da lieve a moderato 1

D: Normale veglia 0

E: Risposta esagerata a stimolo normale 1

Gusmao-Flores D, Salluh JI, Chalhub RÁ, Quarantini LC. The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. Crit Care. 2012 Jul 3;16(4):R115. doi: 10.1186/cc11407.

The Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

Punteggio	Definizione	Descrizione	Cosa fare
4	Combattivo	Chiaramente combattivo, violento, imminente pericolo per se stesso o per lo staff	OSSERVAZIONE DEL PAZIENTE
3	Molto agitato	Aggressivo, rischio evidente di rimozione cateteri o tubi	
2	Agitato	Frequenti movimenti a finalistici, disadattamento alla ventilazione meccanica	
1	Irrequieto	Ansioso ma senza movimenti aggressivi e vigorosi	
0	Sveglio e tranquillo	Comprende i periodi di sonno fisiologico	
-1	Soporoso	Non completamente sveglio, apre gli occhi allo stimolo verbale, mantiene il contatto visivo > 10 secondi	STIMOLAZIONE VERBALE
-2	Lievemente sedato	Brevi risvegli allo stimolo verbale, contatto visivo < 10 secondi	
-3	Moderatamente sedato	Movimenti o apertura degli occhi allo stimolo verbale (ma senza contatto visivo)	
-4	Sedazione profonda	Non risposta allo stimolo verbale, movimenti o apertura occhi alla stimolazione fisica	STIMOLAZIONE FISICA (TATTILE e/o DOLORIFICA)
-5	Non risvegliabile	Nessuna risposta alla stimolazione tattile/dolorosa	

Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JWW, Wheeler AP, Gordon S et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: the reliability and validity of the Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). JAMA 2003; 289:2983-2991.

IQCODE (Informant Questionnaire on COgnitive Decline in the Elderly), modificato.

	<i>Rispetto a 10 anni fa come si presenta il parente rispetto alle seguenti domande?</i>	<i>Molto meglio</i>	<i>Un po' meglio</i>	<i>invariato</i>	<i>Un po' peggio</i>	<i>Molto peggio</i>
1	Ricordarsi di ciò che riguarda parenti e amici (es. occupazioni, compleanni, indirizzi)	1	2	3	4	5
2	Ricordarsi fatti recenti	1	2	3	4	5
3	Ricordarsi conversazioni di pochi giorni fa	1	2	3	4	5
4	Ricordarsi il proprio indirizzo e numero di telefono	1	2	3	4	5
5	Ricordarsi in quale giorno e mese siamo	1	2	3	4	5
6	Ricordarsi dove sono riposti gli oggetti di uso quotidiano	1	2	3	4	5
7	Ricordarsi dove sono state riposte le cose in un luogo inusuale	1	2	3	4	5
8	Saper far funzionare gli apparecchi di uso comune in casa	1	2	3	4	5
9	Imparare ad usare un nuovo oggetto o apparecchio casalingo	1	2	3	4	5
10	Imparare cose nuove in generale	1	2	3	4	5
11	Seguire una storia in un libro o alla TV	1	2	3	4	5
12	Prendere decisioni su questioni quotidiane	1	2	3	4	5
13	Maneggiare il denaro per fare la spesa	1	2	3	4	5
14	Saper gestire aspetti finanziari (es. pensione, rapporti con la banca)	1	2	3	4	5
15	Destreggiarsi in altri problemi di calcolo quotidiani (es. sapere quanto cibo comprare, quanto tempo è passato dalle visite di parenti e amici, ecc.)	1	2	3	4	5
16	Saper giudicare cosa sta accadendo e perchè	1	2	3	4	5
17	Il paziente, nelle ultime 24h, è in uno stato mentale diverso dal suo solito?	No Si				
18	ci sono state fluttuazioni dello stato mentale nelle ultime 24 ore:	No Si				
Punteggio medio = punteggio totale/numero risposte ottenute		(_____ / _____ = _____)				
Risultati: < 3.31 = normale						
3.31-3.38 = probabile decadimento cognitivo						
> 3.38 = significativo decadimento cognitivo						

L'IQCODE originario consta di 16 domande. Noi abbiamo aggiunto le domande 17 e 18 che rappresentano le due domande del primo punto della CAM.

Quinn TJ. et al. Cochrane Database of Systematic Reviews Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) for the diagnosis of dementia within community dwelling populations (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 4. Art. No.: CD010079

Scala dell'effetto anticolinergico dei principali farmaci

Drugs with ACB Score of 1

Generic Name	Brand Name
Alimemazine	Theralen™
Alverine	Spasmonal™
Alprazolam	Xanax™
Aripiprazole	Abilify™
Asenapine	Saphris™
Atenolol	Tenormin™
Bupropion	Wellbutrin™, Zyban™
Captopril	Capoten™
Cetirizine	Zyrtec™
Chlorthalidone	Diuril™, Hygroton™
Cimetidine	Tagamet™
Clidinium	Librax™
Clorazepate	Tranxene™
Codaine	Contin™
Colchicine	Colcrys™
Desloratadine	Clarinet™
Diazepam	Valium™
Digoxin	Lanoxin™
Dipyridamole	Persantine™
Disopyramide	Norpace™
Fentanyl	Duragesic™, Actiq™
Furosemide	Lasix™
Fluvoxamine	Luvox™
Haloperidol	Haldol™
Hydralazine	Apresoline™
Hydrocortisone	Cortef™, Cortaid™
Iloperidone	Fanapt™
Isosorbide	Isordil™, Ismo™
Levocetirizine	Xyzal™
Loperamide	Immodium™, others
Loratadine	Claritin™
Metoprolol	Lopressor™, Toprol™
Morphine	MS Contin™, Avinza™
Nifedipine	Procardia™, Adalat™
Paliperidone	Invega™
Prednisone	Deltasone™, Sterapred™
Quinidine	Quinaglute™
Ranitidine	Zantac™
Risperidone	Risperdal™
Theophylline	Theodur™, Uniphyll™
Trazodone	Desyrel™
Triamterene	Dyrenium™
Venlafaxine	Effexor™
Warfarin	Coumadin™

Drugs with ACB Score of 2

Generic Name	Brand Name
Amantadine	Symmetrel™
Belladonna	Multiple
Carbamazepine	Tegretol™
Cyclobenzaprine	Flexeril™
Cyproheptadine	Periactin™
Loxapine	Loxitane™
Meperidine	Demerol™
Methotrimeprazine	Levoprome™
Molindone	Moban™
Nefopam	Nefogesia™
Oxcarbazepine	Trileptal™
Pimozide	Orap™

Drugs with ACB Score of 3

Generic Name	Brand Name
Amitriptyline	Elavil™
Amoxapine	Asendin™
Atropine	Sal-Tropine™
Benzotropine	Cogentin™
Brompheniramine	Dimetapp™
Carbinoxamine	Histex™, Carbihist™
Chlorpheniramine	Chlor-Trimeton™
Chlorpromazine	Thorazine™
Clemastine	Tavist™
Clomipramine	Anafanil™
Clozapine	Clozaril™
Darifenacin	Enablex™
Desipramine	Norpramin™
Dicyclomine	Bentyl™
Dimenhydrinate	Dramamine™, others
Diphenhydramine	Benadryl™, others
Doxepin	Sinequan™
Doxylamine	Unisom™, others
Fesoterodine	Toviaz™
Flavoxate	Urispas™
Hydroxyzine	Atarax™, Vistaril™
Hyoscyamine	Anaspaz™, Levsin™
Imipramine	Tofranil™
Medizine	Antivert™
Methocarbamol	Robaxin™
Nortriptyline	Pamelor™
Olanzapine	Zyprexa™
Orphenadrine	Norflex™
Oxybutynin	Ditropan™
Paroxetine	Paxil™
Perphenazine	Trifanon™
Promethazine	Phenergan™
Propantheline	Pro-Banthine™
Propiverine	Detrunorm™
Quetiapine	Seroquel™
Scopolamine	Transderm Scop™
Solfenacin	Vesicare™
Thioridazine	Mellaril™
Tolterodine	Detrol™
Trifluoperazine	Stelazine™
Trihexyphenidyl	Artane™
Trimipramine	Surmontil™
Tropium	Sanctura™

Categorical Scoring:

- Possible anticholinergics include those listed with a score of 1; Definite anticholinergics include those listed with a score of 2 or 3

Numerical Scoring:

- Add the score contributed to each selected medication in each scoring category
- Add the number of possible or definite Anticholinergic medications

Notes:

- Each definite anticholinergic may increase the risk of cognitive impairment by 46% over 6 years.³
- For each one point increase in the ACB total score, a decline in MMSE score of 0.33 points over 2 years has been suggested.⁴
- Additionally, each one point increase in the ACB total score has been correlated with a 26% increase in the risk of death.⁴

Aging Brain Care

www.agingbraincare.org

Brochure informativa su delirium

Quanto dura il delirium?

Il delirium in genere dura pochi giorni, in alcuni casi può persistere più a lungo (settimane, mesi).

La persona che ha avuto un episodio di delirium ha una probabilità aumentata di avere altri episodi.

Ma...



BROCHURE INFORMATIVA PER FAMILIARI E CAREGIVER



DELIRIUM

Il Delirium è un disturbo caratterizzato da variazioni repentine delle funzioni mentali e da un' alterata percezione del mondo esterno.

In genere si manifesta in un periodo di tempo breve (di solito ore o giorni) e ha un decorso fluttuante durante la giornata. E' particolarmente frequente nelle persone anziane ricoverate in ospedale. Delirium occorre in più del:

- 25% dei pazienti dei reparti medici
- 50% dei pazienti dei reparti chirurgici
- 75% dei pazienti delle terapie intensive.

Quali possono essere le conseguenze del delirium?

Può **condizionare negativamente il ricovero.**

Il rischio di eventi avversi (in particolare cadute, ulcere da pressione, prolungamento della degenza) è 10 volte maggiore.

Può essere una condizione grave.

Quali sono i sintomi del delirium?

La persona può apparire confusa, disorientata, non ricordare dove si trova o il giorno della settimana.

Può essere irrequieta fino a manifestare aggressività sia verbale che fisica oppure essere soporosa, apatica.

Può vedere cose che non ci sono ma che gli sembrano molto reali.

Può essere spaventata, timorosa, irritabile, triste.

Spesso le manifestazioni peggiorano durante le ore notturne.

Quali sono i fattori di rischio del delirium?

Fattori predisponenti: età maggiore di 70 anni, decadimento cognitivo, malattie severe

Fattori precipitanti: degenza in terapia intensiva, dolore, ambiente estraneo, rimozione protesi acustiche e/o dentarie, assenza di persone di riferimento, stipsi o globo vescicale, procedure invasive, restrizioni fisiche (collegamento ai monitor), alcuni farmaci, disidratazione, infezioni.

AIUTATECI AD IDENTIFICARE LA PERSONA A RISCHIO

Identificare precocemente le persone a rischio di delirium permette di adottare strategie di **prevenzione** e trattamenti non farmacologici riducendo la possibilità di complicanze.

E' importante segnalare al personale sanitario le variazioni di comportamento durante il ricovero rispetto all' ingresso e fornire qualsiasi informazione utile per mantenere la calma e l'orientamento della persona (es nomi dei familiari, amici, hobbies, eventi significativi della sua vita)



IL VOSTRO RUOLO E' FONDAMENTALE

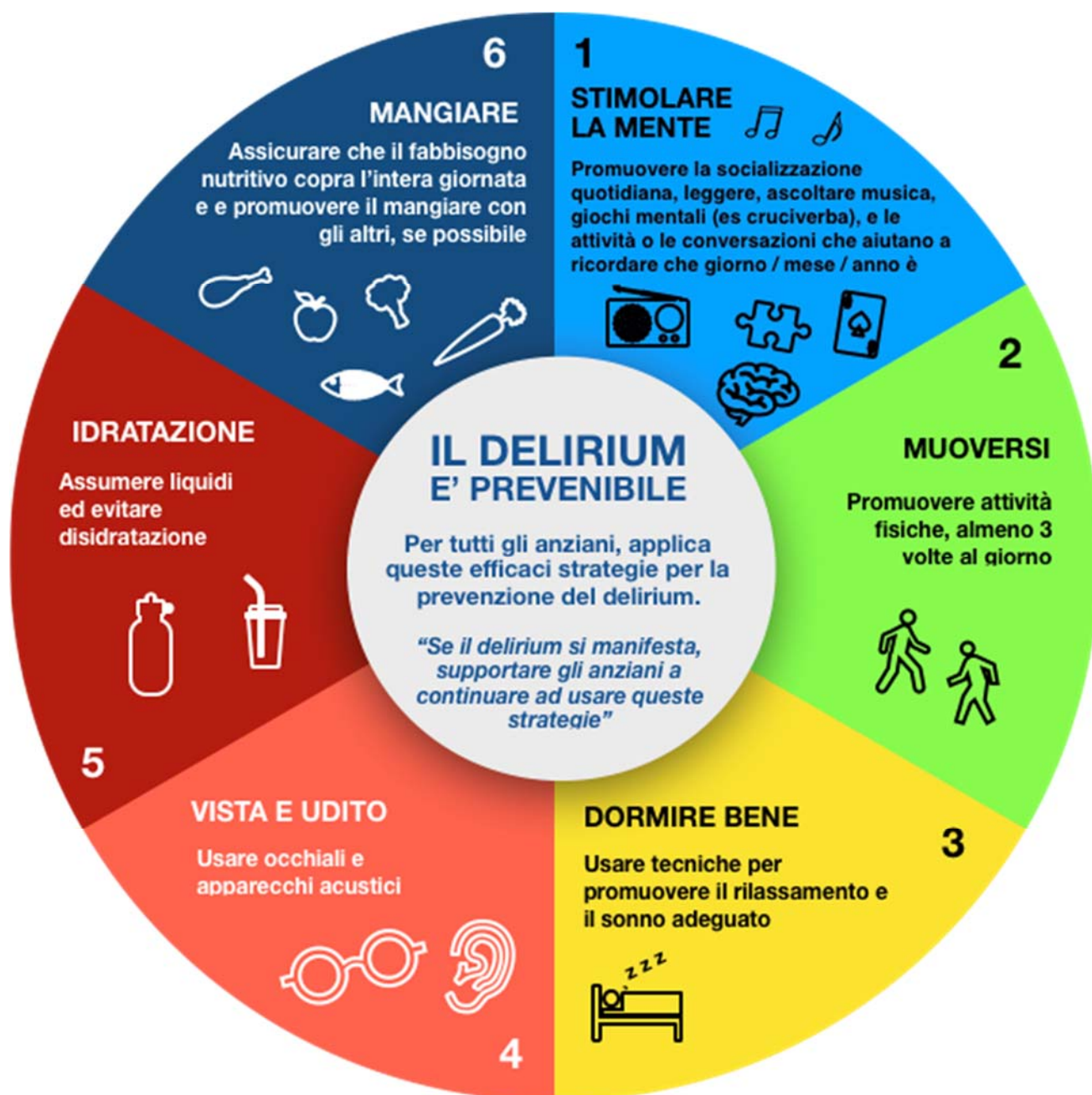
Vi chiediamo di

- Essere presenti e partecipare attivamente al percorso assistenziale
- Facilitare l' orientamento spazio-temporale (dove si trova, data, giorno della settimana e ora)
- Stimolare l' uso di occhiali e protesi acustiche
- Garantire la sicurezza dei movimenti

Durante la vostra visita è importante

- Chiamare la persona per nome
- Parlare lentamente con voce chiara
- Stimolare a parlare mantenendo un atteggiamento rassicurante
- Portare effetti personali che ricordino la casa e i familiari (foto, oggetti e abiti)
- Favorire l' ascolto della musica

6 STRATEGIE DI PROVATA* EFFICACIA PER PREVENIRE IL DELIRIUM NEGLI ANZIANI



www.hospitalelderlyfeprogram.org