

Il Delirium : quale cornice per la collaborazione interprofessionale atta a prevenire lo stesso e la contenzione che spesso l'accompagna

Trieste : 1 Giugno 2012



Foto di Angelo Farese

Alberto Ferrari : Dipartimento Neuro-Motorio U.O.C di Geriatria
(ASMN - IRCCS - Reggio Emilia)

Il Delirium quale cornice per la collaborazione interprofessionale volta a prevenire lo stesso e la contenzione che spesso l'accompagna .

Il perché di un approccio dedicato : il paziente anziano.

L'approccio multi-professionale al paziente anziano: un modello vincente

Una delle concretizzazioni della collaborazione multi-professionale nella pratica clinica : Il contrasto al Delirium .

Sintesi conclusiva.

Il Delirium quale cornice per la collaborazione interprofessionale volta a prevenire lo stesso e la contenzione che spesso l'accompagna .

Il perché di un approccio dedicato : il paziente anziano.

L'approccio multi-professionale al paziente anziano: un modello vincente

Una delle concretizzazioni della collaborazione multi-professionale nella pratica clinica : Il contrasto al Delirium

Sintesi conclusiva.

IL PAZIENTE ANZIANO

Chi sono gli anziani ? Magari iniziando dai 75 anni, 85 come media, ma anche 90 , 95 ,100 e più.....

..... perché negli anziani, la comorbilità e le malattie progressive sono la regola, e problemi semplici , autolimitanti , sono l'eccezione.....



Foto di Angelo Farese

William R.Hazzard, MD (*Divisione di Gerontologia e di Medicina Geriatrica Università di Washington Scuola di Medicina*) “ - I am a Geriatrician ” - J Am Geriatr Soc 52:161, 2004

IL PAZIENTE ANZIANO - LA COMORBILITA'

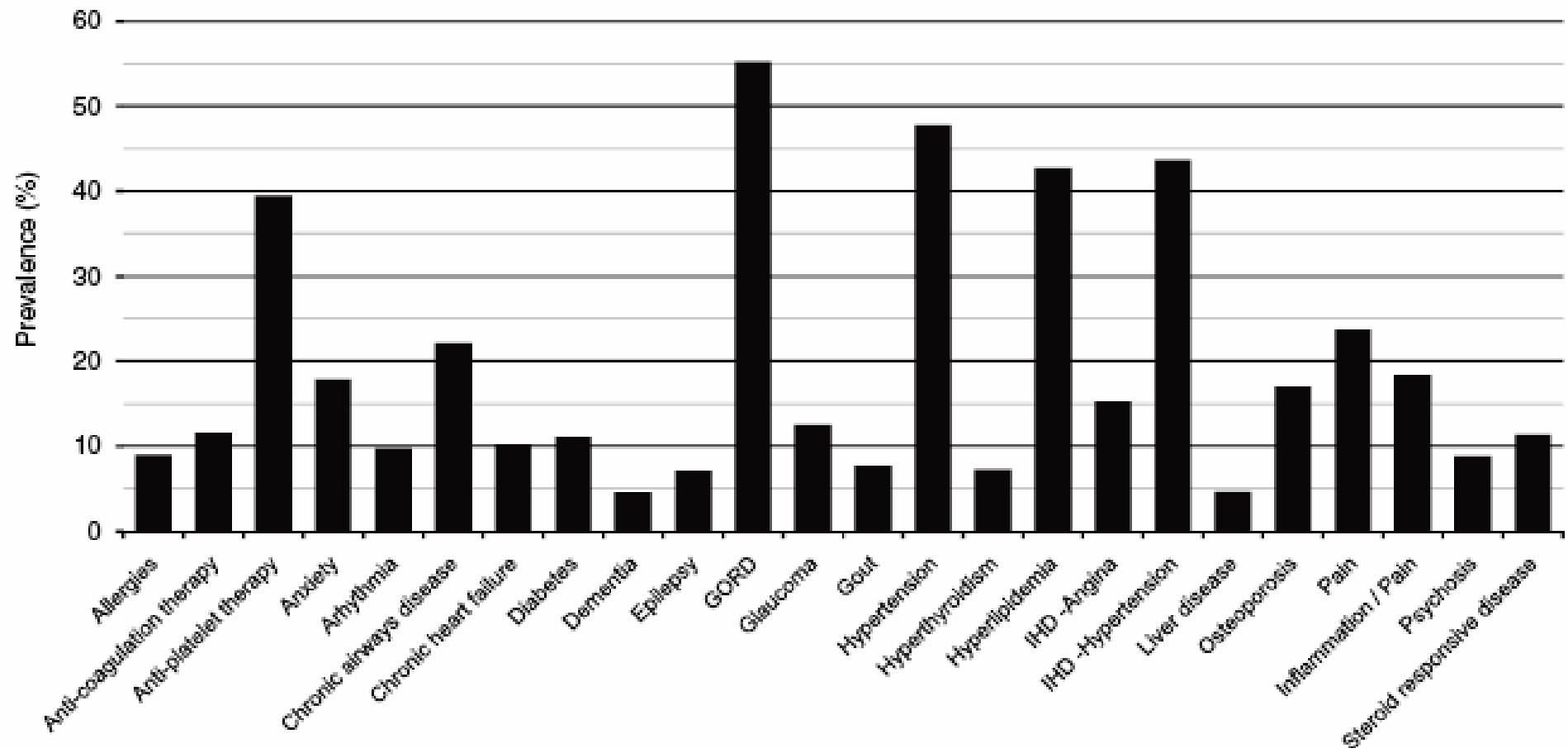


Figure 1. Prevalence of comorbid conditions in older patients (≥ 65 years) dispensed an antidepressant ($n = 39,695$). (Only those comorbid conditions with a prevalence of $\geq 5\%$ are presented. GORD, gastro-oesophageal reflux disease; IHD, ischaemic heart disease.)

Gillian Elisabeth Caughey, Elisabeth Ellen Roughead.... “ Comorbidity of chronic disease and potential treatment conflicts in older people dispensed antidepressants ” - **Age and Ageing 2010;1-7**

IL PAZIENTE ANZIANO

le malattie comunemente interagiscono presentandosi in maniera atipica ed ostacolando in questo modo una diagnosi specifica



Foto di Angelo Farese

Le riserve funzionali limitate e la scarsa capacità di adattamento della persona anziana , aumentano il rischio di perdita di peso, malnutrizione , disidratazione ed effetti avversi a medicinali e procedure mediche e chirurgiche.....

William R.Hazzard, MD (*Divisione di Gerontologia e di Medicina Geriatrica Università di Washington Scuola di Medicina*) “ - I am a Geriatrician ” - J Am Geriatr Soc 52:161, 2004

IL PAZIENTE ANZIANO

Magari il mio paziente più tipico è l'antica immagine di fragilità, un uomo o più spesso una donna che vive sul “filo del rasoio” tra l'indipendenza e lo scatenarsi di una tragica cascata di malattie, invalidità e complicanze.....



Foto di Angelo Farese

William R.Hazzard, MD (*Divisione di Gerontologia e di Medicina Geriatrica Università di Washington Scuola di Medicina*) “ - I am a Geriatrician ” - **J Am Geriatr Soc 52:161, 2004**

IL PAZIENTE ANZIANO

Come geriatra io sono , per definizione , un esperto in sottigliezze e complessità.....Sono perfettamente consapevole delle interazioni tra fattori fisici, psicologici e sociali che colpiscono la vita dei miei pazienti anziani

Poiché la cura dei miei pazienti è così impegnativa e complicata , lavoro spesso con i membri della famiglia ed altri professionisti che contribuiscono alla cura e cerco di orchestrare loro le migliori cure...



Foto di Angelo Farese

William R.Hazzard, MD (*Divisione di Gerontologia e di Medicina Geriatrica Università di Washington Scuola di Medicina*) “ - I am a Geriatrician ” - J Am Geriatr Soc 52:161, 2004

Il Delirium quale cornice per la collaborazione interprofessionale volta a prevenire lo stesso e la contenzione che spesso l'accompagna .

Il perché di un approccio dedicato : il paziente anziano.

L'approccio multi-professionale al paziente anziano: un modello vincente

Una delle concretizzazioni della collaborazione multi-professionale nella pratica clinica : Il contrasto al Delirium

Sintesi conclusiva.

Nell' ottobre 1987 la Conferenza di Consenso sui metodi di valutazione geriatrica definiva il “Comprehensive Geriatric Assessment “ come :

Una valutazione multidisciplinare in cui sono messi in evidenza , descritti e , possibilmente , esplosi i molteplici problemi delle persone anziane , sono catalogate le risorse ed i punti di forza delle stesse , definita la necessità di servizi e sviluppato un piano di assistenza coordinato , focalizzando gli interventi sui problemi emersi.

- National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric Assessment methods for clinical decision making : J Am Geriatr Soc 1988; 36:342-347

La stessa Conferenza di Consenso sanciva che :

Evidenze raccolte indicano , con grado da moderato ad alto, che il “Comprehensive Geriatric Assessment” è efficace se accompagnato dall’implementazione del rispettivo piano di cura .

Oltre al paziente l’assessment spesso include i membri della famiglia ed altre persone importanti nell’ambiente del paziente .

L’ assessment viene condotto da un team principale costituito come minimo da un medico , da un infermiere e da un’assistente sociale ciascuno con specifica esperienza nella cura delle persone anziane.

- National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric Assessment methods for clinical decision making : J Am Geriatr Soc 1988; 36:342-347

In sintesi : l'approccio specifico dedicato alla persona anziana ammalata (definito con precisione già dal 1988) consiste nell'effettuare una valutazione complessiva del paziente stesso (Comprehensive Geriatric Assessment) incentrata su diversi domini .

La valutazione , proprio perché incentrata su diversi domini tutti ugualmente importanti ai fini dell'outcome, è condotta in equipe multiprofessionale .

Dalla valutazione scaturisce un piano clinico assistenziale personalizzato da implementare , sempre in equipe multiprofessionale.

Entrambe le Azioni : l'Assessment ed il Management sono ugualmente importanti ai fini dell'outcome .

Quindi, in ambito geriatrico , la collaborazione tra medico ed infermiere rappresenta uno degli elementi cardine dell'intero processo di cura .

Questo elemento cardine contribuisce all'efficacia del processo di cura stesso.



Foto Repertorio ASMN

- **National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric Assessment methods for clinical decision making : J Am Geriatr Soc 1988; 36:342-347**

E l'importanza di questa collaborazione , è stata confermata a molti anni di distanza da un grande maestro della Geriatria qual'è Bill Hazzard .

“ Poiché la cura dei miei pazienti è così impegnativa e complicata , lavoro spesso con i membri della famiglia ed altri professionisti.....”



Foto di Angelo Farese

William R.Hazzard, MD (Divisione di Gerontologia e di Medicina Geriatrica Università di Washington Scuola di Medicina) “ - I am a Geriatrician ” - J Am Geriatr Soc 52:161, 2004

Il Delirium quale cornice per la collaborazione interprofessionale volta a prevenire lo stesso e la contenzione che spesso l'accompagna .

Il perché di un approccio dedicato : il paziente anziano.

L'approccio multi-professionale al paziente anziano: un modello vincente

Una delle concretizzazioni della collaborazione multi-professionale nella pratica clinica : Il contrasto al Delirium

Sintesi conclusiva.

IL DELIRIUM

Si caratterizza come : un disturbo dell'attenzione ad insorgenza acuta e rapida con decorso fluttuante e , nella maggior parte dei casi , di breve durata .



Tab. I. Diagnosi di Delirium secondo il DSM IV¹.

1. Disturbo dello stato di coscienza (ridotta consapevolezza dell'ambiente) con ridotta capacità di fissare, mantenere e spostare l'attenzione.
2. Alterazioni della sfera cognitiva (deficit di memoria, disorientamento temporo-spaziale, disturbi del linguaggio) non giustificabili da una demenza preesistente o in evoluzione.
3. Il disturbo si manifesta in un periodo di tempo breve (di solito ore o giorni) ed ha un decorso fluttuante nel corso della giornata).
4. C'è evidenza dalla storia, dall'esame obiettivo, o da altri accertamenti che il disturbo è una diretta conseguenza di una patologia medica in corso, di un'intossicazione da farmaci o da una sindrome di astinenza.

IL DELIRIUM

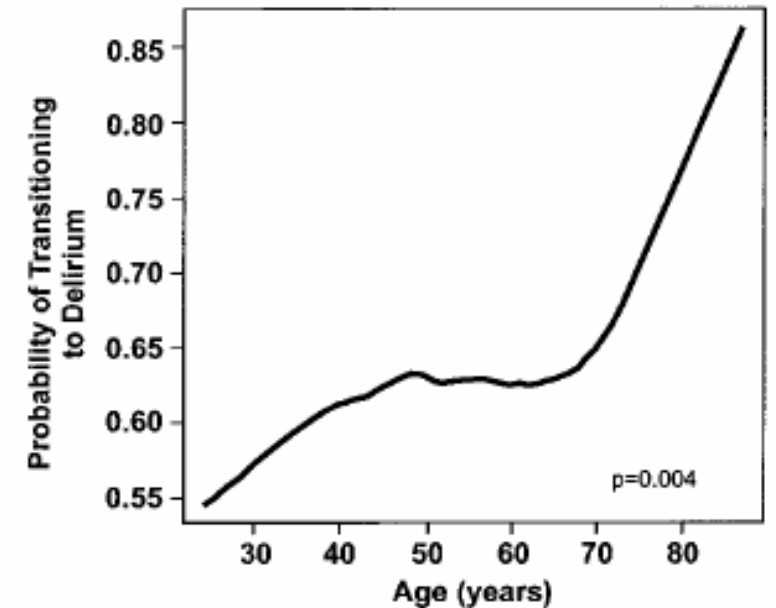
THE CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

All'ammissione in ospedale	Variabili	Punteggio 1 se presente 0 se assente
	1. Insorgenza acuta C'è stato un cambiamento acuto nello stato mentale del paziente rispetto alla sua situazione di base?	
	2. Andamento fluttuante Il comportamento anormale varia durante la giornata, per esempio va e viene o si modifica di intensità?	
	3. Perdita dell'attenzione	
	4. Disorganizzazione del pensiero	
	5. Alterato livello di coscienza 0= vigile 1= iperallerta, letargia, stupor, coma	
	La diagnosi di delirium richiede la presenza di 1, 2, 3 ed alternativamente 4 o 5.	TOT: _____

Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. *Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method, a new method for detection of delirium*. Ann Intern Med 1990; 113: 941-948.

- Pandharipande P , et al - Anesthesiology 2006

Il Delirium rappresenta una comune complicanza dei pazienti anziani ricoverati in ospedale.



La prevalenza del delirium all'ammissione in ospedale viene indicata in un range dal 10% al 31% e l'incidenza dello stesso evento insorto durante la degenza varia dal 6% al 56% di tutta la popolazione ospedaliera .

- Inouye SK - Delirium in hospitalized older patients – Clin. Geriatr. Med. 1998;14:745-764
- Inouye SK – Delirium in older persons – N. England J. Med. 2006 ; 334:1157-1165
- Siddiqi N, House A, Holmes J – Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients :a systematic literature review . – Age Ageing 2006;35:350-364
- McManus J, Pathansali R, Hassan H .. et.al. – The course of delirium in acute stroke – Age and Ageing 2009;38:385-389

- **Maldonado José R** – Delirium in acute care setting: Characteristics, Diagnosis and Treatment - **Crit Care Clin 2008 ;24:657-722**

Come potete vedere dalla tabella qui a fianco : l'incidenza varia in ragione del setting fino a raggiungere valori molto elevati nelle terapie intensive e nei reparti chirurgici.

Table 1

A comparison of the incidence of psychiatric disorder in the general population and delirium among medically ill patients

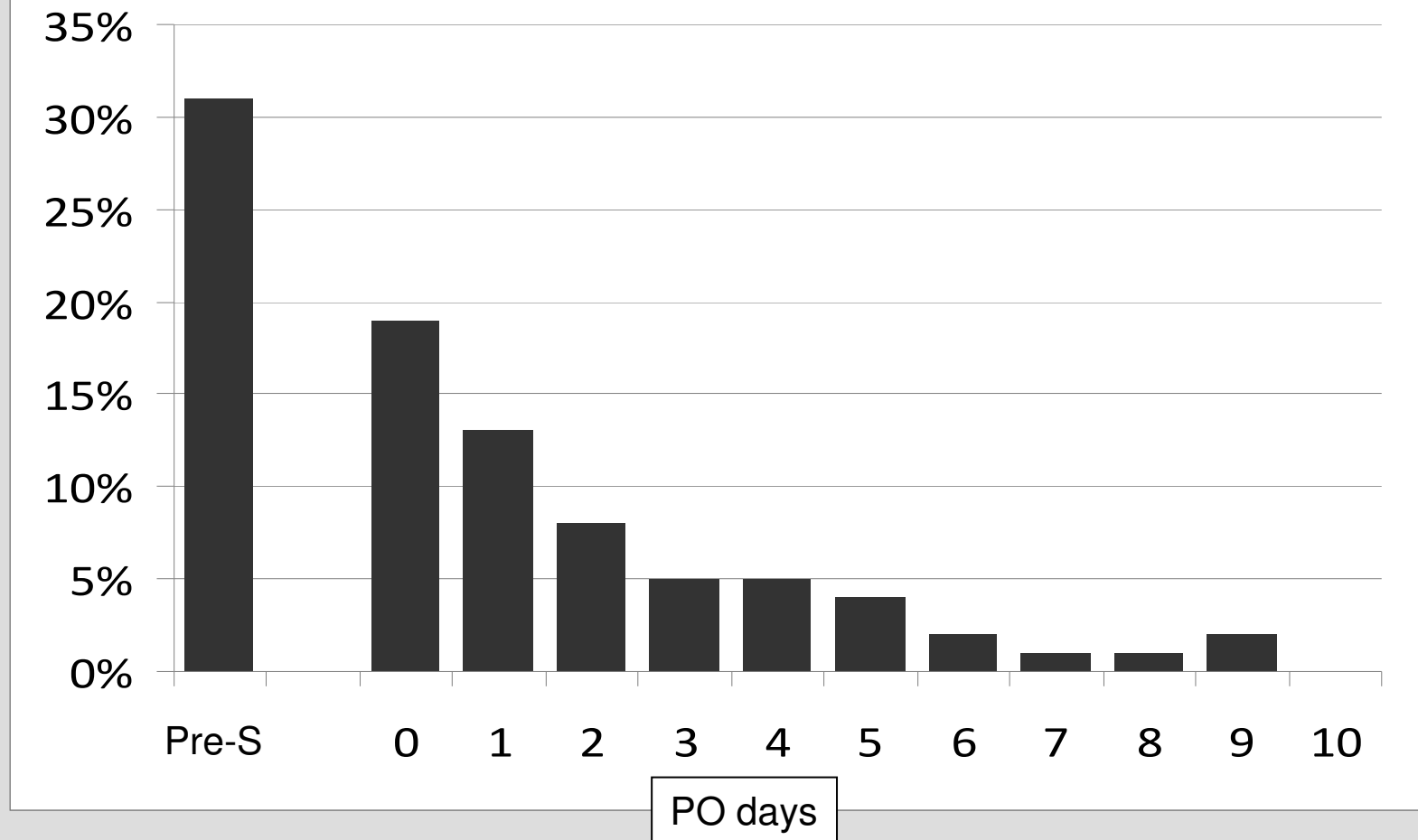
Incidence of psychiatric disorders	% of general adult us population [5]	Incidence of delirium in selected medical populations	
			%
Major depression	6.7	General medicine wards	10–18
Dysthymic disorder	1.5	HIV/AIDS	30–40
Bipolar disorder	2.6	Medical-ICU	60–80
All mood disorders	9.5	General surgical wards (range)	37–46 (10–60)
		After stroke	13–48
Panic disorder	2.7	After CABG	25–32
OCD	1	After cardiomy	50–67
PTSD	3.5	Elderly	
GAD	3.1	Out-patient minor (cataract) surgery	4.4
Social phobia	6.8	At time of hospitalization	10–15
Agoraphobia	8.7	In nursing homes	15–60
All anxiety disorders	18.1	After hip replacement	21–63
		In cancer patients	
Schizophrenia	1.1	General prevalence	25–40
Anorexia nervosa	0.5–3.7	Hospitalized cancer patients	25–50
Bulimia	2–5	Bone marrow transplant	73
Alzheimer's Disease	65–80 years old = 10% > 80 years old = 50%	Advanced cancer	Up to 85

Abbreviations: CABG, coronary artery bypass graft surgery; GAD, generalized anxiety disorder; OCD, obsessive-compulsive disorder; PTSD, posttraumatic stress disorder.

Data from National Institute of Mental Health: Statistics on Mental Disorders in America. <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/the-numbers-count-mental-disorders-in-america.shtml>. Accessed March 21 2008.

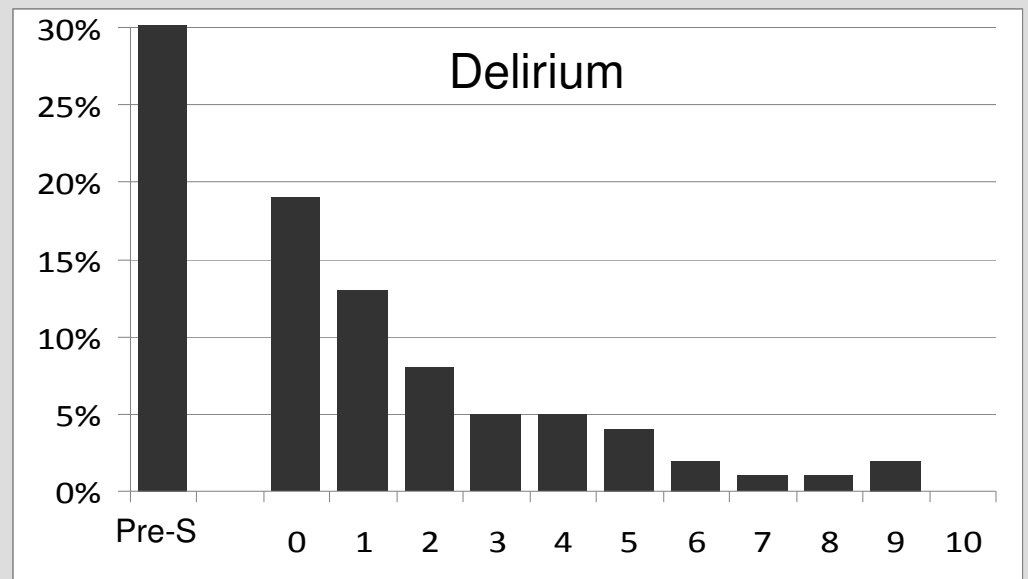
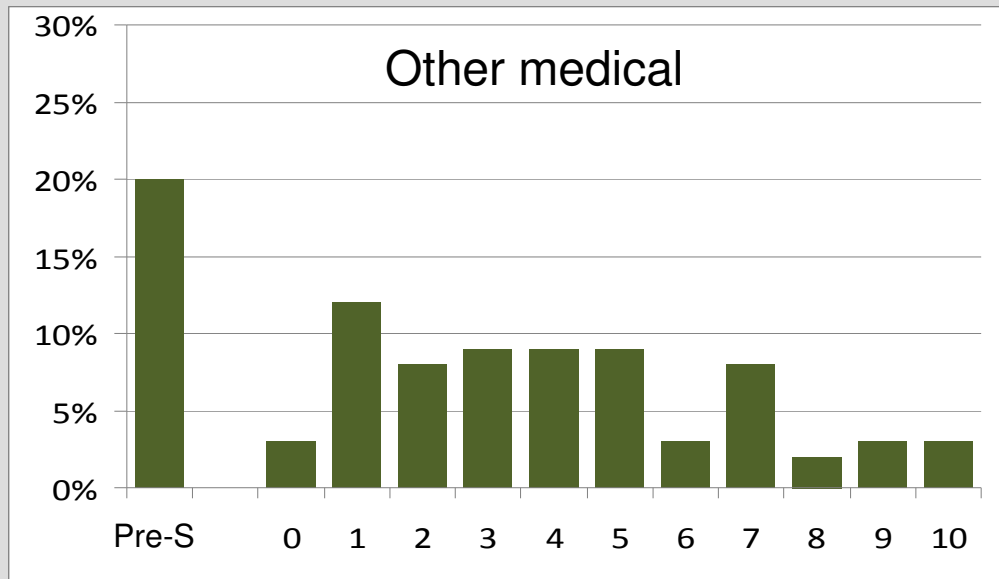
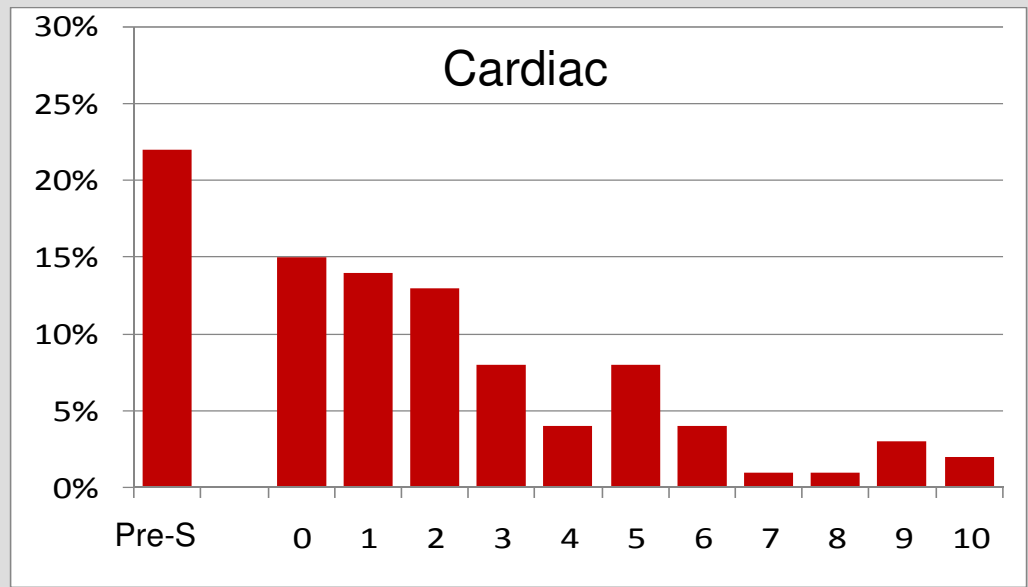
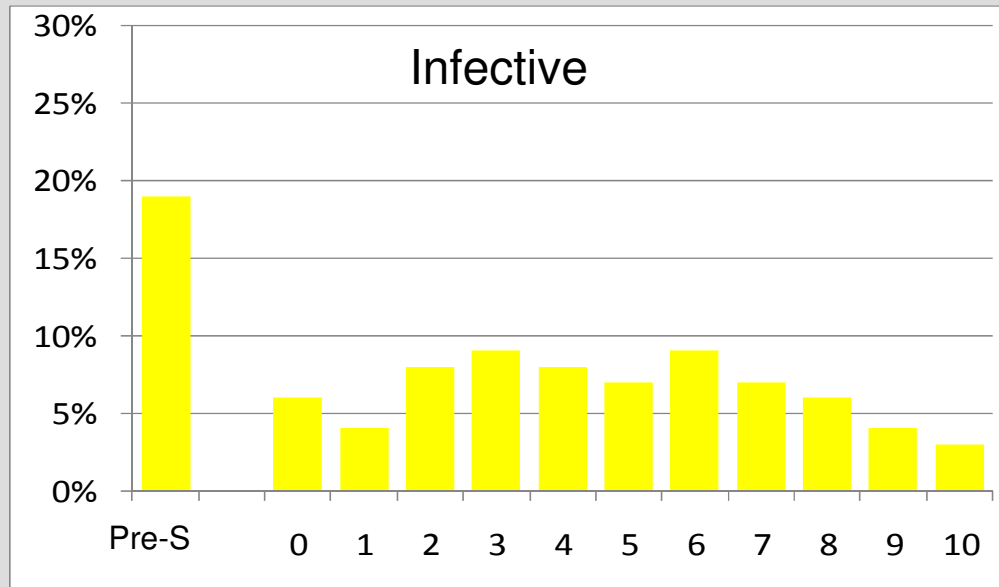
Delirium

Relative percent of
total incidence



- ML Lunardelli ,G Pioli,C Frondini, A Zurlo,A Nardelli, E Martini, M Laus , M Taricco, ML Davoli , F Pellicciotti , E Sabetta, A Ferrari , AM Zagatti , I Pedriali, L Massari, F Lauretani , A Giordano , G D'angelo , R Brianti . – ***The Pathways of Care affect clinical results in orthogeriatric models*** – International Association of Gerontology and Geriatrics European Region VII European Congress Healthy and Active Ageing for All Europeans – Bologna April 14-17 2011 – Poster

Medical complications during hospital stay



Il delirium si correla spesso ad outcomes avversi quali: alti tassi di mortalità a breve e lungo termine, degenza media ospedaliera elevata, perdita dell'autonomia , frequente istituzionalizzazione , elevato dispendio di risorse economiche per incremento dei bisogni assistenziali.

- **Siddiqi N, House A, Holmes J** – Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients : a systematic literature review . – **Age Ageing** 2006;35:350-364
- **McCusker G, Cole M, Abrahamovitz M et al.** – Delirium predicts 12 month mortality – **Arch Intern Med** 2002 ;162:457-463
- **Sloss EM, Solomon DH et.al** – Selecting target conditions for quality of care improvement in vulnerable older patients - **J. Am. Geriatr.Soc.** 2000 ; 48:363-369
- **McManus J, Pathansali R, Hassan H .. et.al.** – The course of delirium in acute stroke – **Age and Ageing** 2009;38:385-389
- **Adamis D , Treloar A, Martin FC, Macdonald AJ** – Recovery and outcome of delirium in elderly medical inpatients – **Arch Gerontol Geriatr** 2006 ; 43:289-298

Table 3. Outcomes for both delirious and non-delirious patients

Endpoint	Group with delirium	Group without delirium	P-value
Mortality	30.4%	1.7%	<0.001
Length of stay (LOS)	62.2 days	28.9 days	<0.001
Institutionalisation	43.7%	5.2%	<0.001

- **McManus J, Pathansali R, Hassan H, Ouldred e, et al** - The course of delirium in acute stroke - **Age Ageing** 2009;38:385-389

E' presente una correlazione molto forte tra contenzione e delirium.

Sia nel paziente ricoverato in ospedale

- **Sharon K. Inouye, MD MPH et al.** - Risk Factors for Delirium at Discharge – **Arch Intern Med** 2007 ;167 (13) :1406-1413

Table 3. Independent Risk Factors for Delirium at Discharge in 491 Subjects

Risk Factor	Adjusted OR (95% CI) ^a
Dementia, by diagnosis or mBDRS ≥ 4 (n=96)	2.3 (1.4-3.7)
Vision impairment (n=189)	2.1 (1.3-3.2)
ADL impairment > 1 (n=97)	1.7 (1.2-3.0)
Charlson score ⁴¹ ≥ 4 (n=140)	1.7 (1.1-2.6)
Restraint use during delirium (n=75)	3.2 (1.9-5.2)

Che negli ospiti di strutture residenziali per anziani.

- **Donna Marie Fick** - Delirium superimposed on dementia is pervasive and associated with restraint use among older adults residing in long-term care – **Evidence-Based Nursing** 2012 ;15(2): 60-61

Findings

associated with delirium. In the multivariate analyses, only the use of physical restraints remained significant (OR=4.64, 95% CI 2.61 to 8.27) for delirium.

Per questi motivi alcuni autorevoli esperti di nursing in un articolo pubblicato già nel lontano 1994 nel confermare la forte associazione tra delirium e contenzione fisica sono arrivati a concludere che :

Il Delirium o gli episodi confusionali acuti aumentano la probabilità di utilizzo della contenzione fisica con le sue conseguenze sia fisiche che psicologiche. L'assessment del Delirium costituisce quindi uno strumento utile a sviluppare strategie che portino ad una riduzione dell'utilizzo della contenzione fisica .

- **Sullivan-Marx EM. - Delirium and physical restraint in the hospitalized elderly – Image J Nurs Sch 1994 Winter ;26(4):295-300**



Foto Repertorio ASMN

La prevenzione ed il contrasto al Delirium costituiscono quindi una parte essenziale del processo di cura del paziente anziano ospedalizzato .

Box 1: Risk factors for delirium after noncardiac surgery^{* 11,12}

- Age ≥ 70 years (OR 3.3, 95% CI 1.9–5.9)
- Existing cognitive impairment (OR 4.2, 95% CI 2.4–7.3)
- Functional impairment (OR 2.5, 95% CI 1.2–5.2)
- Alcohol abuse (OR 3.3, 95% CI 1.4–8.3)
- Abnormal preoperative level of sodium, potassium or glucose (OR 3.4, 95% CI 1.3–8.7)
- Preoperative psychotropic drug use (OR not available)
- Depression (OR not available)
- Increased comorbidity (OR not available)
- Living in a long-term care facility (OR not available)
- Visual or hearing impairment (OR not available)

*Odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals (CIs) are provided where available.

Jayna M. CMAJ 2010

- **Privazione del sonno**
- **Immobilità**
- **Deficit cognitivo**
- **Deficit uditivo**
- **Deficit Visivo**
- **Disidratazione**
- **Presenza di malattia severa**

Diversi fattori di rischio sono stati associati alla probabilità di sviluppare delirium sia in setting chirurgici che di ambito medico. Sopra vedete elencati i principali .

- **Jayna M. , Holroyd–Leduc MD** - How can delirium best be prevent and managed in older patients in hospital? – **CMAJ 2010 ; 182 : 465-470**
- **Tabet N. Howard R.** – Non-Pharmacological interventions in the prevention of delirium – **Age and Ageing 2009; 38:374-379**

Alcune tecniche di prevenzione e trattamento del Delirium sono state oggetto di studio. La tabella che vedete a fianco elenca, in una sintetica descrizione, alcuni di questi studi.

Table 1: Details of randomized controlled trials included in the systematic review of interventions for the prevention and management of delirium among older patients* in hospital

Study	N	Randomization method	Treatment allocation concealed	Blinding	Withdrawal, no. of patients	Intention-to-treat analysis	Method used to identify delirium
Prevention							
<i>Multicomponent intervention</i>							
Marcantonio et al., 2001 ²³	126	Random-number tables	Yes	Outcome assessor	0	Yes	CAM
Vidan et al., 2005 ²⁵	321	Stratified randomization	NR	Outcome assessor	2	No	CAM
Lundstrom et al., 2007 ²²	199	Stratified randomization	Yes	Outcome assessor	39	Yes	Modified OBS
<i>Pharmacologic intervention</i>							
Berggren et al., 1987 ¹⁷ (anesthesia)	57	NR	NR	Outcome assessor	0	Yes	OBS
Beaussier et al., 2006 ¹⁶ (pain medications)	59	Computer generated	Yes	Health care providers	7	No	CAM
Kalisvaart et al., 2005 ²⁰ (haloperidol)	430	Computer generated	Yes	Study participants, health care providers and outcome assessor	48	Yes	DSM-IV criteria and CAM
Liptzin et al., 2005 ²¹ (donepezil)	90	Randomization by the research pharmacist	NR	Study participants, health care providers and outcome assessor	10	No	DSM-IV criteria, Delirium Symptom Interview and CAM
Aizawa et al., 2002 ¹⁵ (drug-induced sleep)	42	NR	NR	Outcome assessor	2	No	DSM-IV criteria
Management							
<i>Multicomponent intervention</i>							
Cole et al., 1994 ¹⁹	88	NR	NR	Outcome assessor	17	Yes	CAM
Pitkala et al., 2006 ²⁴	174	Computer generated	Yes	Unclear	4	Yes	CAM
Cole et al., 2002 ¹⁸	227	Computer generated	Yes	Outcome assessor	9	Yes	CAM

- Jayna M. , Holroyd-Leduc MD - How can delirium best be prevent and managed in older patients in hospital? – CMAJ 2010 ; 182 : 465-470

In sintesi , anche se limitate , le evidenze disponibili supportano l'implementazione di una strategia non-farmacologica di prevenzione multifattoriale.

L'approccio non-farmacologico al delirium ha altresì dimostrato di poter ridurre l'utilizzo dei farmaci sedativi e neurolettici ad alto rischio per la persona anziana .

Al contrario , attualmente , non vi sono evidenze che supportino l'utilizzo di strategie farmacologiche per la prevenzione e per il trattamento del delirium.

- **Inouye SK, Bogardus ST, Charpenter PA et al. - A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients – N Engl J Med 1999 ; 340 : 669 – 676**
- **Marcantonio ER , Flacker JM , Wright RG , Resnick NM – Reducing delirium after hip fracture : a randomized trial – J Am Geriatr Soc 2001 ; 49:516-522**
- **Vidan M, Serra JA , Moreno C, et al. – Efficacy of a Comprehensive Geriatric Intervention in older patients hospitalised for hip fracture: a randomized controlled trial - J Am Geriatr Soc 2005; 53:1476-1482**
- **Jayna M. , Holroyd-Leduc MD - How can delirium best be prevent and managed in older patients in hospital? – CMAJ 2010 ; 182 : 465-470**
- **Fosnight SM,Holder CM,Allen KR,Hazelett S – A strategy to decrease the use of risky drugs in the elderly – Cleve Clin J Med 2004;71:561-568.**

L'inefficacia , in termini preventivi , di un intervento farmacologico (con aloperidolo) e ,di contro, l'efficacia dell' intervento multifattoriale hanno poi trovato recenti ulteriori conferme.

- Vochteloo A JH ,Moerman S , Borger van der Burg B LS , de Boo M, de Vries MR, Niesten DD , Tuinebreijer WE , Nelissen R GHH , Pilot P. – Delirium risk screening and haloperidol prophylaxis program in hip fracture patients is a helpful tool in identifying high-risk patients, but does not reduce the incidence of delirium. – **BMC Geriatrics 2011, Aug 11; 11:39**
- Bjorkelund KB, Hommel A , Thorngren KG ,Gustavson L , Larsson S, Lundberg D . – Reducing delirium in elderly patients with hip fracture: a multi-factorial intervention study. – **Acta Anaesthesiol Scand 2010;54:678-688**

Altri studi ancora hanno poi avuto modo di dimostrare che la semplice allocazione , all'atto del ricovero ospedaliero , in un setting , quale quello geriatrico, che utilizza come strumento di lavoro il “Comprehensive Geriatric Assessment**” è stata sufficiente a ridurre l'incidenza del delirium nei pazienti anziani .**

- Bo M , Martini B , Ruatta C , Massaia M , Aimonino Ricauda N, Varetto A , Astengo M , Torta R - Geriatric Ward Hospitalization Reduced Incidence Delirium among Older Medical Inpatients - **Am J Psychiatry 2009 ;17 : 760-768.**

E la tabella che vedete qui a fianco rappresenta un esempio di focalizzazione dei fattori di rischio nell'ambito di una strategia di intervento multifattoriale non-farmacologico finalizzato alla prevenzione del delirium.

- **Jayna M. , Holroyd-Leduc MD** - How can delirium best be prevent and managed in older patients in hospital? – **CMAJ 2010 ; 182 : 465-470**

Targeted risk factor	Strategy
Cognitive impairment	• Orientation protocols • Provision of clocks and calendars
Functional impairment	• Early mobilization, including getting patient out of bed regularly and as tolerated starting on postoperative day 1 • Daily physiotherapy with occupational therapy as needed
Fluid and electrolyte imbalances	• Restoration of serum sodium, potassium and glucose levels to normal limits • Detection and treatment of dehydration or fluid overload
High-risk medications	• Discontinuation or minimization of use of benzodiazepines, anticholinergics, antihistamines and meperidine • Modification of dosage or discontinuation of drugs to minimize drug interactions and adverse effects
Pain	• Standing orders for acetaminophen use rather than use as needed • Treatment of breakthrough pain starting with low-dose narcotics; avoidance of meperidine
Impaired vision and hearing	• Appropriate use of glasses, hearing aids and adaptive equipment
Malnutrition	• Ensurance of proper use of dentures, proper positioning, assistance with eating if required and use of supplements if required
Iatrogenic complications	• Removal of urinary catheter by postoperative day 2, with screening for urinary retention and incontinence • Implementation of a skin-care program • Bowel regimen to ensure bowel movements by postoperative day 2 then every 48 hours • Chest physiotherapy and supplemental oxygen if indicated • Appropriate anticoagulation therapy • Screening and treatment of urinary tract infection
Sleep deprivation	• Unit-wide strategies to reduce noise • Scheduling of medications and procedures to allow for proper sleep • Use of nonpharmacologic measures to promote sleep

Le linee guida della NICE indicano le seguenti priorità:

Key priorities for implementation

Risk factor assessment

- When people first present to hospital or long-term care, assess them for the following risk factors.
If any of these risk factors is present, the person is at risk of delirium
 - Age 65 years or older.
 - Cognitive impairment (past or present) and/or dementia¹. If cognitive impairment is suspected, confirm it using a standardised and validated cognitive impairment measure.
 - Current hip fracture.
 - Severe illness (a clinical condition that is deteriorating or is at risk of deterioration)².

Issue date: July 2010

Delirium

Diagnosis, prevention and management

NICE clinical guideline 103

Developed by the National Clinical Guideline Centre for Acute and Chronic Conditions

E le linee guida della NICE indicano le seguenti priorità:

Key priorities for implementation

Indicators of delirium: at presentation

- At presentation, assess people at risk for recent (within hours or days) changes or fluctuations in behaviour. These may be reported by the person at risk, or a carer or relative. Be particularly vigilant for behaviour indicating hypoactive delirium (marked *). These behaviour changes may affect:
 - Cognitive function: for example, worsened concentration*, slow responses*, confusion.
 - Perception: for example, visual or auditory hallucinations.
 - Physical function: for example, reduced mobility*, reduced movement*, restlessness, agitation, changes in appetite*, sleep disturbance.
 - Social behaviour: for example, lack of cooperation with reasonable requests, withdrawal*, or alterations in communication, mood and/or attitude.

If any of these behaviour changes are present, a healthcare professional who is trained and competent in diagnosing delirium should carry out a clinical assessment to confirm the diagnosis.

E le linee guida della NICE indicano le seguenti priorità:

Key priorities for implementation

Interventions to prevent delirium

- Ensure that people at risk of delirium are cared for by a team of healthcare professionals who are familiar to the person at risk. Avoid moving people within and between wards or rooms unless absolutely necessary.
- Give a tailored multicomponent intervention package:
 - Within 24 hours of admission, assess people at risk for clinical factors contributing to delirium.
 - Based on the results of this assessment, provide a multicomponent intervention tailored to the person's individual needs and care setting as described on page 6.
- The tailored multicomponent intervention package should be delivered by a multidisciplinary team trained and competent in delirium prevention.

Le linee guida della NICE dettagliano poi gli interventi multifattoriali da porre in atto per contrastare i singoli fattori di rischio in precedenza individuati con l'assessment.

Issue date: July 2010

Delirium

Diagnosis, prevention and management

NICE clinical guideline 103

Developed by the National Clinical Guideline Centre for Acute and Chronic Conditions

Clinical factor	Preventive intervention
Cognitive impairment or disorientation	• Provide appropriate lighting and clear signage. A clock (consider providing a 24-hour clock in critical care) and a calendar should also be easily visible to the person at risk. • Reorientate the person by explaining where they are, who they are, and what your role is. • Introduce cognitively stimulating activities (for example, reminiscence). • Facilitate regular visits from family and friends.
Dehydration or constipation	• Encourage the person to drink. Consider offering subcutaneous or intravenous fluids if necessary. • Seek advice if necessary when managing fluid balance in people with comorbidities (for example, heart failure or chronic kidney disease).
Hypoxia	• Assess for hypoxia and optimise oxygen saturation if necessary.
Immobility or limited mobility	• Encourage the person to: – mobilise soon after surgery – walk (provide walking aids if needed – these should be accessible at all times). • Encourage all people, including those unable to walk, to carry out active range-of-motion exercises.
Infection	• Look for and treat infection. • Avoid unnecessary catheterisation. • Implement infection control procedures in line with 'Infection control' (NICE clinical guideline 2).
Multiple medications	• Carry out a medication review for people taking multiple drugs, taking into account both the type and number of medications.
Pain	• Assess for pain. Look for non-verbal signs of pain, particularly in people with communication difficulties. • Start and review appropriate pain management in any person in whom pain is identified or suspected.
Poor nutrition	• Follow the advice given on nutrition in 'Nutrition support in adults' (NICE clinical guideline 32). • If the person has dentures, ensure they fit properly.
Sensory impairment	• Resolve any reversible cause of the impairment (such as impacted ear wax). • Ensure working hearing and visual aids are available to and used by people who need them.
Sleep disturbance	• Avoid nursing or medical procedures during sleeping hours, if possible. • Schedule medication rounds to avoid disturbing sleep. • Reduce noise to a minimum during sleep periods⁴.
⁴ See 'Parkinson's disease' (NICE clinical guideline 35) for information about sleep hygiene.	

CONCLUSIONI



Il Delirium rappresenta una comune complicanza dei pazienti anziani ricoverati in ospedale.

CONCLUSIONI

Si correla spesso ad outcomes avversi quali: alti tassi di mortalità, degenza media ospedaliera elevata, perdita dell'autonomia, frequente istituzionalizzazione, elevato dispendio di risorse economiche per incremento dei bisogni assistenziali.

E' presente una correlazione molto forte tra delirium, contenzione fisica e conseguenze avverse di quest'ultima.

La prevenzione ed il contrasto al Delirium costituiscono quindi una parte essenziale del processo di cura del paziente anziano ospedalizzato e rappresentano l'ennesimo banco di prova in cui si cimenta il **“Comprehensive Geriatric Assessment”**

CONCLUSIONI

Come abbiamo visto , anche in questo ambito come in molti altri , il “Comprehensive Geriatric Assessment “ si è dimostrato , per quanto riguarda il paziente anziano , il modello vincente .

- **Inouye SK, Bogardus ST, Charpenter PA et al. - A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients – N Engl J Med 1999 ; 340 : 669 – 676**
- **Marcantonio ER , Flacker JM , Wright RG , Resnick NM – Reducing delirium after hip fracture : a randomized trial – J Am Geriatr Soc 2001 ; 49:516-522**
- **Vidan M, Serra JA , Moreno C, et al. – Efficacy of a Comprehensive Geriatric Intervention in older patients hospitalised for hip fracture: a randomized controlled trial - J Am Geriatr Soc 2005; 53:1476-1482**
- **Jayna M. , Holroyd-Leduc MD - How can delirium best be prevent and managed in older patients in hospital? – CMAJ 2010 ; 182 : 465-470**
- **Fosnight SM,Holder CM,Allen KR,Hazelett S – A strategy to decrease the use of risky drugs in the elderly – Cleve Clin J Med 2004;71:561-568.**

CONCLUSIONI

Dall' ottobre 1987 la Conferenza di Consenso sui metodi di valutazione geriatrica lo ha descritto , ne ha sancito l'efficacia ed ha specificato che l'assessment viene condotto in team multiprofessionale e multidisciplinare .

- **National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric Assessment methods for clinical decision making : J Am Geriatr Soc 1988; 36:342-347**

In ambito geriatrico , quindi la collaborazione tra medico ed infermiere , finalizzata ad ottenere il risultato migliore possibile , è caposaldo del processo di cura.

CONCLUSIONI

Occorrerà riflettere a lungo prima di abbandonare un modello vincente per seguire altre strade che ci possono portare lontano dalla meta che tutti noi condividiamo : la qualità della vita della persona anziana.



Foto di Angelo Farese

VI RINGRAZIO PER L'ATTENZIONE



Foto di Angelo Farese