

Delirium e delirio nell'anziano: criteri guida

Il delirio nel paziente anziano ed il delirium rappresentano condizioni comuni, ma molto spesso misconosciute. Sono inquadrabili con semplici e rapidi test, giovano di un approccio multidisciplinare e - soprattutto - sono prevenibili

Alessandra Coin¹; Francesca Biasin²

Con il termine delirio si individuano in realtà due capitoli fondamentali della geriatria: la sindrome geriatrica del *delirium* e il delirio come parte dei disturbi psico-comportamentali delle demenze. In quest'ultimo caso il delirio o i deliri sono intesi come sintomi anche di patologie e sindromi psichiatriche che possono colpire l'anziano, seppure meno frequentemente.

► Il delirium

Secondo le definizioni dell'OMS ICD10¹ e del DSM V², si tratta di uno stato di confusione mentale transitorio con alterazioni cognitive ad insorgenza acuta o subacuta, ad andamento fluttuante, secondario ad una causa organica.

Si trova al primo posto, accanto alla demenza, fra le sindromi geriatriche ad eziologia multipla; nonostante ciò è raramente riconosciuto nelle diagnosi di dimissione. La prevalenza nella popolazione generale è bassa (1-2%), ma è una delle sindromi geriatriche più diffuse in ambiente ospedaliero³. Oltre un terzo degli anziani ospedalizzati va incontro a *delirium*, fino a raggiungere una preva-

lenza del 60% nelle UTI. In reparti di medicina interna una condizione di *delirium* è stata riscontrata all'ingresso in oltre il 31% dei casi^{4,5,6}. Secondo quanto riportato dalle linee guida NICE britanniche sulla gestione del *delirium* la prevalenza nei reparti ospedalieri è compresa tra il 20 e il 30% e dal 10 al 50% dei pazienti sottoposti a chirurgia. Nelle case di cura la prevalenza è inferiore al 20%. Anche in Gran Bretagna si tratta di dati tuttavia sottostimati perché raramente riportato nelle diagnosi⁷.

• Eziopatogenesi

Tra i fattori predisponenti al *delirium* alcuni sono non modificabili, come l'età, la demenza, una storia di pregresso abuso di alcol; altri sono modificabili, come deficit uditivi e visivi, l'immobilizzazione, la disidratazione, la malnutrizione e la polifarmacoterapia, come anche la stessa fragilità. Tra i fattori scatenanti troviamo alcuni farmaci (anticolinergici, anti-Parkinson, corticosteroidi, sedativi e analgesici ad es.) o la loro improvvisa sospensione, infezioni, shock, ipossia, dolore, anomalie metaboliche, disionie, catesterismo e contenzione fisica⁸.

Per facilitare la ricerca della causa di questa condizione possiamo utilizzare l'acronimo "DELIRIUMS": Drugs, Ear-eye, Low oxigen, Infections, Re-

tention (urine, stools), Ictal-ischemia, Undernutrition/hydration, Metabolic, Sleep deprivation.

• Presentazione clinica e diagnosi

Esistono 3 diverse forme attraverso le quali si può manifestare il delirium: 1. ipercinetico, con agitazione psico-motoria; 2. ipocinetico, con rallentamento psico-motorio fino a stati di incoscienza 3. misto, che si caratterizza per un'alternanza degli stati precedenti.

Dal punto di vista diagnostico, secondo il DSM V devono essere soddisfatti 5 criteri, illustrati in *tabella 1*. Si possono utilizzare alcune scale per la diagnosi, tra le più utilizzate e intuitive vi sono la CAM e la 4AT. Nella CAM si verificano: l'insorgenza acuta e l'andamento fluttuante; l'attenzione; la disorganizzazione del pensiero; l'alterato livello di coscienza^{9,10}. La 4AT è molto simile¹¹.

► Terapia

Gli obiettivi del trattamento sono essenzialmente tre: trattare la causa (acronimo "DELIRIUMS"), fornire terapia di supporto, prevenire gli infortuni.

Si raccomanda dapprima il trattamento non farmacologico che, pur essendo parte fondamentale della pratica, non è in realtà supportato

¹ MD, PhD; Geriatria, Azienda Ospedale - Università di Padova, DIMED

² MD; Geriatria, Azienda Ospedale - Università di Padova, DIMED

TABELLA 1

Criteri diagnostici del delirium secondo il DSM V

A	Disturbo dell'attenzione con ridotta capacità di dirigere, focalizzare, sostenere e shiftare l'attenzione e consapevolezza
B	Il deficit si sviluppa in un periodo di tempo relativamente breve e tende a fluttuare in gravità nel corso del tempo;
C	È presente un altro deficit cognitivo (es. memoria, linguaggio, abilità visuo-spaziali o dispercezioni)
D	I deficit ai criteri A e B non sono spiegabili sulla base di un pre-esistente disturbo neurocognitivo e non si verificano in un contesto di grave riduzione dei livelli di arousal
E	Vi è evidenza che il delirium è una diretta conseguenza di un problema clinico

da evidenze cliniche sull'efficacia nell'accorciare la degenza e la durata del *delirium*, o ridurre la mortalità.

“Il trattamento non farmacologico si concentra sulle cause di delirium e sulla loro eliminazione con interventi sul paziente ed ambientali”

Il trattamento non farmacologico si concentra sulle cause di *delirium* e sulla loro eliminazione con interventi sul paziente ed ambientali¹², come ridurre gli stimoli troppo intensi, visivi e uditivi¹³, inserire la presenza di una persona in grado di assistere il paziente con l'attenzione dovuta (esperienza della “sentinella”), favorire la mobilitazione in spazi protetti. La Reality Orientation Therapy si è dimostrata in grado di migliorare significativamente il *delirium* e le funzioni cognitive dei pazienti ospedalizzati, così come la terapia occupazionale, seppur con evidenze limitate. Altro tipo di intervento sperimentale è stato il coinvolgimento dei familiari nell'approccio multidimensionale, con risultati positivi sul team sanitario che si occupa del paziente e un generale miglioramento negli outcomes studiati, tra cui la durata del ricovero⁷. Il programma di prevenzione più famoso è l'“Hospital Elder Life Program (HELP), un programma di prevenzione multicomponentiale non farmacologico⁸. Per quanto riguarda la terapia farma-

cologica, va detto che questa non tratta la causa ma va a contenere il comportamento disturbante.

Le benzodiazepine non sono indicate perchè possono esse stesse precipitare gli episodi di *delirium*, eccetto che in casi specifici quali il *delirium tremens* e quello da astinenza alcolica¹⁴.

Gli antipsicotici sono ad oggi il trattamento da preferire. Quelli atipici hanno meno effetti collaterali, e in alcuni studi dimostrano un'efficacia simile all'aloiperidolo, che, per la più lunga esperienza clinica e la maneggevolezza della formulazione (anche gocce e fiale), rimane la terapia standard. Una volta raggiunto il controllo dei sintomi va sospeso progressivamente in 36 ore. È necessario prestare attenzione al QT (se superiore a 450 ms o al 25% del basale va sospeso) e alla sindrome neurolettica maligna.

Una valida alternativa è rappresentata dal trazodone, disponibile in compresse, gocce e fiale. Si predilige l'uso nelle ore serali per evitare il rischio di sedazione diurna e inversione RSV. Nel tempo dà assuefazione.

► **Il delirio**

Per delirio nell'anziano si intende un disturbo del contenuto del pensiero presente in varie malattie psichiche e in diverse condizioni patologiche quali le psicosi tardive, il disturbo di personalità, i disturbi schizofrenici o schizo-affettivi, la sospensione di alcol o sostanze di abuso, il trauma cranico,

la depressione e meccanismi jatrogeni. Tuttavia la condizione che più frequentemente si caratterizza per la presenza di delirio nell'anziano è la demenza con sintomi comportamentali e psicologici (BPSD). Essi si possono raggruppare in 4 cluster, riassunti in *tabella 2*¹⁵.

• **Eziopatogenesi**

La prevalenza totale del delirio nella popolazione anziana con demenza si aggira attorno al 60-80%.

Il delirio, come gli altri BPSD, riconosce una patogenesi bio-psico-sociale con diversi fattori causali: fattori biologici (processo demenziale, comorbilità, fattori genetici, farmaci, flogosi, dolore), fattori psicologici (personalità premorbosa, predisposizione), fattori inter-personali (stress del caregiver, scarse relazioni sociali), fattori ambientali (trasloco, trasferimento, ospedalizzazione) (15). Alla base, da un punto di vista neurotrasmettitoriale, vi sarebbe una diminuzione di acetilcolina e serotonina associata ad una variazione nei livelli di noradrenalina e dopamina¹⁶.

• **Dalla diagnosi alla terapia**

La diagnosi è clinica; vi si possono associare delle scale tra cui la più utilizzata è la Neuropsychiatric Inventory (NPI), che aiuta ad individuare i sintomi che caratterizzano il BPSD di cui soffre il paziente. La scala si somministra al caregiver e permette anche di valutare lo stress dello stesso.

Come gestione iniziale e continua dei BPSD è necessario offrire interventi psicosociali e ambientali.

Il delirio rientra tra i BPSD che possono giovare di un trattamento farmacologico¹⁷. Anche in questo caso le benzodiazepine sono controindicate. La terapia si avvale di antipsicotici, con pari efficacia di tipici e atipici, con miglior tollerabilità degli atipici. Le indicazioni sono di prescrivere an-

TABELLA 2

Sintomi comportamentali e psicologici nel delirio associato a demenza dell'anziano¹⁵

Sintomi affettivi: depressione, ansia, cambiamenti repentini di umore, irritabilità, apatia e inerzia

Sintomi psicotici: deliri, allucinazioni, misidentificazioni

Comportamenti specifici: vagabondaggio, affaccendamento, sindrome del tramonto, disinibizione, aggressività

Disturbi neurodegenerativi: sonno, alimentazione, ipersessualità

tipicistici solo alle persone che sono a rischio di nuocere a se stessi o ad altri o/e che manifestano in particolare agitazione, allucinazioni o deliri che causano loro grave angoscia. Per gli antipsicotici occorre osservare alcune attenzioni generali: utilizzare la dose efficace più bassa e usarli per il più breve tempo possibile; rivalutare la persona frequentemente per verificare se ha ancora bisogno di farmaci; interrompere il trattamento se la persona non ottiene un chiaro beneficio; garantire che le persone possano continuare ad accedere a interventi psicosociali e ambientali per il disagio¹⁸.

La prescrizione degli antipsicotici in questo caso si deve accompagnare ad adeguato monitoraggio (ECG, metabolico) e deve avvenire in centri specializzati secondo il modello unico di scheda di prescrizione seguita da schede di monitoraggio (AIFA 2013). Le controindicazioni sono da considerare attentamente.

Il risperidone, disponibile in gocce o compresse, è l'unico farmaco on-label per il trattamento del delirio, soprattutto con note di aggressività, nei pazienti con Alzheimer.

L'olanzapina, in compresse, esercita un effetto antipsicotico con miglioramento dei disturbi cognitivi e del tono dell'umore a dosaggi a cui si manifestano anche sonnolenza ed aumento ponderale. Ha un minor effetto sul QT ma aumenta il rischio cardiovascolare, motivo per cui è controindicato in pazienti ad elevato ri-

schio o con sindrome metabolica.

La quetiapina, disponibile in compresse da assumere due-tre volte al giorno o compresse a rilascio prolungato in monosomministrazione, può essere utile. Non causa virtualmente sintomi extra-piramidali (da preferire in caso di necessità in pazienti con Parkinson) e iperprolattinemia. Somministrando il farmaco a basse dosi (fino a 50 mg) si ha rapida comparsa dell'effetto sedativo. L'effetto antidepressivo si ha a dosaggi maggiori (300 mg die) e formulazione a rilascio prolungato con cui non si estrinseca l'effetto ipnoinducente. Richiede 15-20 giorni per saturare i recettori della dopamina. Si associa ad aumento ponderale, aumento dei trigliceridi a digiuno e insulino-resistenza a dosi moderato-elevate; ha effetti collaterali anche di tipo anti-colinergico. In acuto si somministrano dai 12,5 ai 25 mg ogni 6-8 ore fino ad un massimo di 100 mg die; in cronico dai 12,5 ai 150 mg die. Nell'anziano affetto da demenza con BPSD di natura psichica tali dosaggi hanno effetto riequilibrante sulla psiche oltre che blandamente sedativo.

► Conclusioni

Il delirio nel paziente anziano ed il *delirium* rappresentano condizioni comuni, ma molto spesso misconosciute, gravate da un aumento della mortalità e delle comorbilità, prolungamento della degenza intra-ospedaliera e degli accessi a strutture di ricovero a lungo termine, e aumento associato dei costi sostenuti dal Ssn. Si tratta, tuttavia, di

condizioni inquadrabili con semplici e rapidi test, che giovano, più che di una terapia farmacologica mirata, di un approccio multidisciplinare che coinvolge tutte le figure dal care-giver al medico, e soprattutto prevenibili, con misure che possono facilmente entrare a far parte della pratica quotidiana ospedaliera e delle strutture di degenza.

Si tratta di condizioni inquadrabili con semplici e rapidi test, che giovano di un approccio multidisciplinare e, soprattutto, prevenibili

In questo senso è auspicabile inserire, nell'ambito della valutazione multidimensionale geriatrica all'ingresso di un paziente in una struttura, anche delle scale che valutino il rischio o lo stato stesso di *delirium* e delirio, in modo da prevenirlo o trattarlo, impedendo l'instaurarsi di complicanze e allontanando la possibilità di una terapia farmacologica che in letteratura è vista sempre più come un'evenienza da scongiurare poiché priva di reali evidenze.

In conclusione, sebbene una guida pratica all'utilizzo di farmaci contro queste condizioni sia necessaria nella pratica clinica, maggiore attenzione deve essere posta sulla prevenzione e sull'individuazione precoce di queste condizioni e sul trattamento non farmacologico.

BIBLIOGRAFIA

1. <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>.
2. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. 2013.
3. Inouye SK, et al. *Lancet* 2014; 383: 911-22.
4. Edlund A, et al. *J Geriatric Psych Neurol* 2006; 19: 83-90.
5. Schor JD, et al. *JAMA* 1992; 267: 827-31.
6. Inouye SK, et al. *JAMA* 1996; 275: 852-7.
7. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg103>.
8. Inouye SK. *N Engl J Med* 2006; 354: 1157-65.
9. Inouye SK, et al. *Ann Int Med* 1990; 113: 941-8.
10. Wei LA, et al. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56: 823-30.
11. Bellelli G, et al. *Age Ageing* 2014; 43: 496-502.
12. Landefeld CS, et al. *N Engl J Med* 1995; 332: 1338-44.
13. Finkel SI, et al. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998; 6: 97-100.
14. Pandharipande PP, et al. *N Engl J Med* 2013; 369: 1306-16.
15. Jeste MD, et al. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000; 8: 29-34.
16. Garand L, et al. *Issues Ment Health Nurs* 2000; 21: 91-107.
17. Caltagirone C, et al. *Drugs Aging* 2005; 22 Suppl 1: 1-26.
18. www.nice.org.uk/NG97, Published date: 20 June 2018.