

## Il delirium nel paziente anziano ospedalizzato: problema ignorato dagli internisti

### *Delirium in older patients admitted to internal medicine wards: a misknown problem*

R. Nardi \*

Medicina Interna, Ospedale "G. Dossetti", AUSL di Bologna

Secondo il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, IV edizione (DSM-IV), la diagnosi di delirium definisce un disturbo dello stato di coscienza (ridotta consapevolezza dell'ambiente), con diminuita capacità di fissare, mantenere e spostare l'attenzione, alterazioni della sfera cognitiva (deficit di memoria, disorientamento temporo-spaziale, disturbi del linguaggio), non strettamente correlabile a una demenza preesistente o in evoluzione. Il delirium si manifesta in un periodo di tempo breve (di solito ore o giorni) con decorso fluttuante nella giornata (*sundowning syndrome*, peggioramento notturno), con evidenza di una patologia sottesa, di eventi intercorrenti occorsi o di reazioni avverse a farmaci. I disturbi fluttuanti del comportamento vanno dall'agitazione psicomotoria al sopore. Il delirium "iperinetico" è caratterizzato prevalentemente da ansia, iperattività o aggressività; in quello "ipocinetico" prevalgono letargia, ipoattività, rallentamento ideomotorio [1,2]. Il delirium, particolarmente quando "ipoattivo", si correla ad aumentata mortalità e durata di degenza, maggior rischio di complicanze (ulcere da pressione, polmoniti ipostatiche, sindrome da immobilizzazione) e a un peggior stato di salute e disabilità alla dimissione.

Oltre un terzo degli anziani ospedalizzati va incontro a delirium, fino a una prevalenza, dopo intervento chirurgico, del 60%. In reparti di Medicina Interna una condizione di delirium è stata riscontrata all'ingresso in oltre il 31% dei pazienti, correlata significativamente a un'età più avanzata, alla presenza di uno stato febbrile il giorno dell'ammissione, al trattamento con neurolettici e alla presenza di un deficit visivo o di un pregresso ictus. In questi pazienti la mortalità – sia intraospedaliera sia calcolata a un anno – era significativamente più elevata [3]. Questi dati giustificano l'opportunità di richiamare l'attenzione degli interni-

sti su tale condizione morbosa che, peraltro, viene frequentemente sottovalutata e misconosciuta e, ancora peggio, mal gestita [4]. L'omissione diagnostica del delirium da parte dei medici è documentata dal fatto che solamente nel 30-50% dei casi sintomi e segni ne sono riportati in cartella clinica [1]. Dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera della Regione Emilia Romagna, considerando le diagnosi principali e secondarie, si evince che il delirium (codici ICD-9: 293.0; 293.1; 292.0; 292.81; 291.0; 290.3; 290.41; 290.42; 290.11; 348.3; 349.82; 292.2; 293.82; 293.81; 298.2) è pressoché ignorato [5].

Nel management del delirium, oltre alla necessità di una tempestiva diagnosi, sono fondamentali la ricerca il più possibile rapida delle cause, il controllo dei sintomi, la prevenzione delle possibili complicanze e il supporto clinico-assistenziale al paziente [6].

Le cause di delirium sono molteplici. Sono in gioco diversi fattori predisponenti – deficit sensoriali, visivo e uditivo, deterioramento cognitivo e demenza (delirium superimposto a demenza o DSD) [7], gravità della malattia acuta e disidratazione – e scatenanti – uso di mezzi di contenzione fisica, malnutrizione, aggiunta di tre o più farmaci durante la degenza, uso di catetere vescicale, qualunque evento iatrogeno occorso durante la degenza ospedaliera – che possono interagire tra di loro [1] (Fig. 1). Gli acronimi VINDICATE (*Vascular, Infections, Nutrition, Drugs, Injury, Cardiac, Autoimmune, Tumors, Endocrine*) [8] e DELIRIUMS (*Drugs, Emotional, Low oxygen, Infection, Retention of urine or stool/Restrains, Ictal, Undernutrition/Underhydration, Metabolic, Subdural/Sleep deprivation*) [9] richiamano al medico l'opportunità di ricercare possibili cause sottese, prima di prescrivere una terapia sintomatica con farmaci tranquillanti che, in alcuni casi, può addirittura peggiorare la situazione. L'intervento chirurgico, in particolare, costituisce un "potente" fattore scatenante di delirium, anche in soggetti non fragili e non dementi. L'articolo di Chiara Musi, che da anni, nel gruppo del professore Gianfranco Salvio, titolare della Cattedra di Geriatria e Gerontologia dell'Università di Modena e Reggio Emilia, si occupa di que-

\* Corrispondenza:

Roberto Nardi, Medicina Interna, Ospedale "G. Dossetti", AUSL di Bologna, via dei Martiri 10/B, 40053 Bazzano (BO), e-mail: r.nardi@auslbsod.emr.it r.nardi@ausl.bo.it

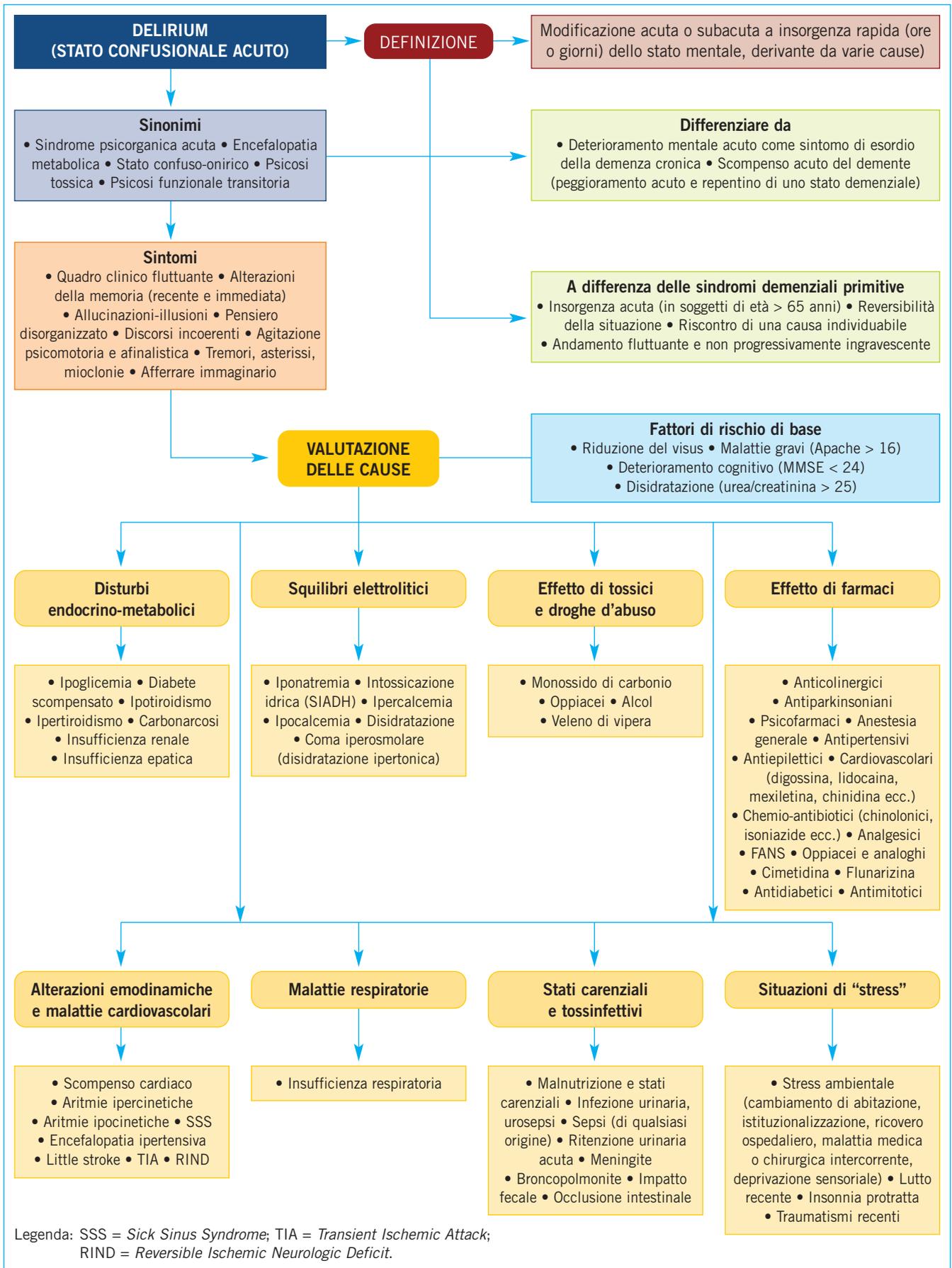


Figura 1 Algoritmo diagnostico e fattori di rischio nel delirium

sta specifica sindrome geriatrica è estremamente utile agli internisti per riconoscere tempestivamente e gestire il delirium, specialmente quando chiamati in consulenza a gestire i problemi postoperatori di un paziente anziano.

## Bibliografia

- [1] Bellelli G, Pagani M, De Marco V, Trabucchi M. La cura del delirium: un luogo per la collaborazione tra medico ed infermiere. *Luoghi Cura* 2005;4:25-32.
- [2] Speciale S, Bellelli G, Turco R, Trabucchi M. Il delirium: marker dell'evoluzione clinica di un anziano fragile affetto da patologia acuta? *G Gerontol* 2006;54:28-40.
- [3] Edlund A, Lundström M, Karlsson S, Brannstrom B, Bucht G, Gustafson Y. Delirium in older patients admitted to general internal medicine. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2006;19(2):83-90.
- [4] Brown TM, Boyle MF. Delirium. *BMJ* 2002;325(7365):644-7.
- [5] Salvioli G. The future of geriatric wards in general hospitals. *Boll SIGG* 2004;10.  
[http://www.geriatria.unimo.it/i\\_drg\\_ospedalieri\\_dell.htm](http://www.geriatria.unimo.it/i_drg_ospedalieri_dell.htm)
- [6] Marcantonio ER. The management of delirium in old age. In: Lindsay J, Rockwood K, MacDonald A (eds). *Delirium in the elderly*. Oxford: Oxford University Press, 2002:123-52.
- [7] Fick DM, Kolanowski AM, Waller JL, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia in a community-dwelling managed care population: a 3-year retrospective study of occurrence, costs, and utilization. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005; 60(6):748-53.
- [8] Mussi C, Salvioli G. Linee guida per la diagnosi e la terapia del delirium nell'anziano. *G Gerontol* 2000;48:434-40.
- [9] Flaherty JH, Morley JE. Delirium: a call to improve current standards of care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59(4): 341-3.