

Consensus on best practice in Palliative Care in Switzerland – Progetto nell’ambito dell’azione «Sviluppo della qualità delle cure palliative in Svizzera»

1. DI CHE COSA SI TRATTA?

English: delirium = acute mental confusion (importanza crescente di questo termine nei paesi non anglosassoni).

Deutsch: akuter Verwirrheitszustand

Français: Etat confusionnel aigu

Italiano: stato confusionale acuto

1.1 Definizione

«Sindrome complessa che deriva da cause multifattoriali, caratterizzata da turbe significative della coscienza, della percezione, del pensiero, del sonno...»

Caraceni A. Grassi L. 2003 Delirium: Acute confusional states in palliative medicine. Oxford University Press, Oxford

Criteri diagnostici del delirio secondo il DSM IV

- Disturbo della coscienza (significa diminuzione della presa di coscienza chiara dell’ambiente circostante) con ridotta capacità a focalizzare, mantenere o spostare l’attenzione.
- Alterazione del funzionamento cognitivo (quale un deficit della memoria, un disorientamento, un disturbo del linguaggio) o comparsa di disturbi della percezione non spiegati da una demenza pre-esistente, stabilizzata o in evoluzione.
- Il disturbo si manifesta in tempi brevi (abituamente in qualche ora o giorno) e tende a fluttuare durante la giornata.
- Messa in evidenza dopo la anamnesi, l’esame fisico o gli esami complementari che la turba è dovuta a conseguenze fisiologiche dirette di una malattia generica.

1.2 Sottogruppi:

- Ipoattivo
- Iperattivo
- Misto

Importante riconoscere lo stato confusionale acuto ipoattivo, spesso sotto-diagnosticato e sotto-trattato (diagnosi differenziale: depressione).

1.3 Perché è un problema?

Prevalenza: aumenta durante il corso dell’evoluzione della malattia tumorale, può arrivare fino al 85% dei pazienti in fase terminale.

Lo stato confusionale acuto genera sofferenza nel paziente, nei familiari e nell’équipe curante.

Le conseguenze possono essere:

- Messa in pericolo del paziente (aumento della morbilità) e/o del suo entourage
- Perdita di autonomia
- Turbe della comunicazione
- Rottura dei legami relazionali
- Diminuzione della capacità di discernimento

- Perdita del ruolo, dell’immagine e dell’identità sociale
- Sconforto spirituale
- Esperienza traumatica per il paziente, la famiglia e l’équipe
- Ospedalizzazione in urgenza o un trasferimento in un ospedale psichiatrico
- Difficoltà a verbalizzare i propri sintomi e a valutarli

Lo stato confusionale acuto è un fattore prognostico sfavorevole.

2. QUALI SONO LE CAUSE?

2.1 Eziologia

1) Fattori predisponenti: età, turbe cognitive preesistenti, gravità della patologia sottogiacente, abuso di alcool.

2) Fattori precipitanti:

- Cause dirette: es. lesioni cerebrali: primitive, metastatiche, infezioni,...
- Cause indirette: tra di loro fattori somatici potenzialmente reversibili quali
- Effetti secondari dei farmaci (es. oppioidi, farmaci psicotropi in particolare anticolinergici, benzodiazepine)
- Infezioni
- Disturbi metabolici (es. ipo-/iperglicemia, ipercalcemia (Ca²⁺ corretto), iponatriemia, insufficienza renale e/o epatica
- Ritenzione urinaria acuta, stipsi
- Disidratazione
- Ipossemia
- Deficit vitaminici (es. B1, B12)
- Sindrome d’astinenza (benzodiazepine, alcool, nicotina)

3) Fattori aggravanti:

- L’ambiente (es. deficit o eccesso di stimolazioni sensoriali, deficit di sonno, cambiamenti di luogo)
- Sintomi poco/non controllati (dolore, dispnea, ansia)
- Stress psicosociale
- Stress spirituale

Frequentemente sono presenti più fattori.

2.2 Diagnosi differenziali più frequenti:

- Demenza
- Psicosi
- Depressione
- Stato ansioso
- Sedazione (indotta farmacologicamente)

2.3 Valutazione

Importante la diagnosi precoce, poiché maggiori sono le possibilità di trattamento.

Consensus on best practice in Palliative Care in Switzerland – Progetto nell’ambito dell’azione «Sviluppo della qualità delle cure palliative in Svizzera»

2.3.1 Anamnesi

Con il paziente

- Ha notato un cambiamento nella sua capacità di concentrarsi? Nel modo di vedere le cose? Di essere? Di pensare? Di comportarsi?
- Ci sono stati dei cambiamenti legati al sonno?

Con la famiglia

Con i membri dell’équipe.

2.3.2 Utilizzo di uno strumento di valutazione validato

Esistono diversi strumenti per valutare le funzioni cognitive e percettive. Raccomandati dal gruppo BIGORIO:

- Uno strumento diagnostico: es. CAM (Confusion Assessment Method)
- Strumenti di monitoraggio delle funzioni cognitive: MMS, TELECOM
- Altri: Scala di valutazione della confusione Michel Sarazin, DOS (Deliriumbeobachtungs-Screening-Skala)

2.3.3 Osservazione

- Il paziente è in grado di seguire il mio discorso?
- Si può concentrare?
- Come è il suo sguardo?
- Mostra dei segni di inquietudine o di agitazione?
- Ricerca dei possibili fattori precipitanti/aggravanti.

2.3.4. Esame clinico

Comprende l’esame neurologico, la ricerca di segni di disidratazione, d’infezioni, di neurotossicità da oppiacei etc.

2.3.5. Farmaci

Rivedere la terapia che il paziente ha ricevuto (prescritta o meno) nei giorni e nelle settimane precedenti.

2.3.6. Esami paraclinici

Prevedere eventuali esami complementari per ricercare cause potenzialmente trattabili (v. 2.1.).

3. COSA FARE?

3.1 Sei regole d’oro:

- Privilegiare la prevenzione (v. 2.3.)
- Approccio interdisciplinare necessario
- Documentare le osservazioni
- Interventi terapeutici simultanei (eziologici e sintomatici)
- Darsi dei tempi ben definiti per gli interventi e rivalutare regolarmente la loro efficacia
- Un’attenzione particolare alle cure di base

3.2 Interventi non farmacologici

3.2.1 Comunicazione

Essere consapevoli che il paziente ha una percezione differente della realtà e di conseguenza

- Utilizzare delle frasi semplici e corte

- Fare prova di pazienza, di calma e di empatia
- Adeguarsi allo stato ed al ritmo del paziente
- Evitare di essere bruschi nell’approccio e nelle cure
- Validare quel che dice il paziente senza alimentare il suo delirio (secondo N. Feil)
- Favorire comunque l’autonomia del paziente coinvolgendolo nelle cure e nella presa delle decisioni nella misura del possibile

3.2.2 Famiglia

I familiari hanno bisogno di ricevere informazioni precise sullo stato del paziente, sulle cause possibili, riguardo i trattamenti in corso e/o previsti ed i limiti della presa a carico.

Essi possono dall’altra parte fornirci delle informazioni preziose per quello che concerne le abitudini di vita del paziente.

Hanno in ogni caso bisogno di essere sostenuti e valorizzati per poter far fronte allo stato del paziente.

Va loro spiegato cosa è utile e cosa no, per esempio di:

- Non prendere alla lettera quello che il paziente dice
- Riorientarlo frequentemente
- Favorire un clima di calma e tranquillità
- Suddividere le visite

Offrire ai familiari la possibilità di riposarsi, ma anche poter partecipare alle cure del malato ed aiutare per i pasti, se se la sentono.

Se lo stato confusionale persiste, pianificare degli incontri regolari con i familiari.

3.2.3 Riorientamento del paziente

- Riprodurre un ambiente familiare (abiti personali, fotografie, quadri, lenzuola...)
- Sveglia e calendario visibili e aggiornati
- Evitare cambiamenti di camera
- Illuminazione della camera in funzione delle abitudini e delle richieste del paziente
- Ridurre al minimo il numero delle persone che si occupano del paziente
- Strutturare le giornate (dare un ritmo regolare, presentarsi tutti i giorni nella stessa maniera, essere attenti a fare le stesse cose nello stesso modo (p.e. pasti, la toilette...))
- Pensare di verificare se il paziente usa occhiali o apparecchi acustici.

3.2.4 Sonno

- Conoscere le abitudini riguardo al sonno e rispettare i rituali
- Ridurre i rumori e le luci la sera
- Tentare strategie che possono favorire l’addormentarsi (musica, tisane, massaggi, presenza)
- Incoraggiare la mobilizzazione (effetto favorevole sull’inversione del ritmo sonno-veglia, favorisce il sonno)

Consensus on best practice in Palliative Care in Switzerland – Progetto nell’ambito dell’azione «Sviluppo della qualità delle cure palliative in Svizzera»

3.2.5 Idratazione e alimentazione

- Stimolare il paziente a bere regolarmente, tenendo conto delle sue preferenze
- Prevedere un bilancio dei liquidi se necessario
- Valutare la necessità di un aiuto durante i pasti
- Proporre pasti che si possono consumare facilmente
- Incoraggiare alla cura della bocca regolarmente

3.2.6 Eliminazione

- Assicurarsi della regolarità della diuresi del paziente, documentare
- Favorire una funzione intestinale regolare (portare regolarmente il paziente alla toilette)

3.2.7 Messa in pericolo di se stessi e degli altri

L’uso della contenzione fisica deve essere possibilmente evitato. Contenere un paziente fisicamente è più pericoloso che non contenerlo affatto poiché aumenta l’agitazione.

Se una contenzione fisica si rende necessaria, bisogna documentare le ragioni della decisione e rivalutare regolarmente la pertinenza di questa misura.

Il rischio di caduta deve essere ammesso e spiegato a tutti.

Delle alternative devono essere considerate quali:

- La presenza di una persona – probabilmente il fattore più importante!
- materasso a terra
- barriere naturali (p.es. letto contro il muro)
- adattamento della terapia farmacologica
- evitare possibilmente infusioni, cateteri,...

Rassicurare l’équipe!

3.2.8 Equipe di cura

Le seguenti misure dovrebbero essere considerate a livello delle istituzioni:

- Dotazione adeguata di personale oltre che ricorso ai volontari
- Formazione per la precoce identificazione e presa a carico del paziente affetto da stato confusionale acuto
- Sostegno alle équipes

3.3 Trattamento farmacologico

3.3.1 Eziologico (v. 2.1.)

- Considerare un trattamento eziologico
- Riduzione/sospensione dei farmaci sospetti
- Rotazione degli oppiacei

3.3.2 Sintomatico

Haloperidolo (Haldol®, Sigapéridol®):

- a) Via di somministrazione preferita: orale/SC
- b) Dose iniziale e aumento del dosaggio in funzione
 - Dell’età del paziente
 - Della gravità dei sintomi
 - Del luogo di cura
- c) Darsi 24 ore di tempo per valutare l’efficacia del trattamento

Proposte:

Dose iniziale: 0.5–1 mg ogni 8 ore p.o/s.c

Dose di riserva: 0.5–1 mg ripetibile dopo 1 ora

Dose massima nelle 24 ore: 6–15 mg

Se inefficace:

- Rivalutare i fattori eziologici
- Considerare l’ospedalizzazione o chiedere un consulto all’équipe di cure palliative
- Considerare un cambiamento/aggiunta di un neurolettico più sedativo, p.es. levomepromazine (Nozinan®) o atipico, p.es. Olanzapine (Zyprexa®), anche scelta no.1 in caso di malattia di Parkinson
- Considerare l’aggiunta di benzodiazepine, p.es. Lorazepam (Temesta®) in caso d’ansia maggiore, ma attenzione alle persone anziane
- Evitare le misure di contenzione e ottimizzare il trattamento farmacologico

Dopo l’episodio acuto

Ascolto e sostegno del paziente e dei famigliari (a volte equivalente al «debriefing»).

4. Domande aperte

- Sintomi precoci
- Frequenza del monitoraggio e della valutazione
- Velocità di riduzione dei dosaggi dei farmaci incriminati di causare uno stato confusionale acuto (cave rischio di crisi d’astinenza)
- Eventuale rischio cerebro-vascolare in relazione a Haloperidolo e Olanzapine/Risperidone
- Haloperidolo nei pazienti epilettici
- Trattamento dell’astinenza da nicotina
- Ruolo della tiamina (Vit. B)
- Sbarre ai letti
- Cateteri urinari
- Best practice in caso di disturbi del sonno

Consensus on best practice in Palliative Care in Switzerland – Progetto nell’ambito dell’azione «Sviluppo della qualità delle cure palliative in Svizzera»

5. Letteratura

Caraceni A and Grassi L, Delirium acute confusional states in palliative medicine. Oxford University Press 2003

Hjermstad M, Loge JH, Kaasa S.: Methods for assessment of cognitive failure and delirium in palliative care patients: implications for practice and research. *Palliat Med.* 2004 Sep;18(6):494–506.

Vella-Brincat J, Macleod AD.: Haloperidol in palliative care. *Palliat Med.* 2004 Apr;18(3):195–201.

Lawlor PG. Delirium and dehydration: some fluid for thought? *Support Care Cancer.* 2002 Sep;10(6):445–54

Reich M, Lassaunière J.-M. Prise en charge de la confusion mentale («delirium») en soins palliatifs: l’exemple du cancer. *Médecine palliative* 2003;2:55–71

CAM Instrument and Algorithm adapted from Inouye, S., van Dyck, C., Alessi, C., Balkin, S., Siegel, A. & Horwitz, R.(1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method. *Annals of Internal Medicine*, 113(12), 941–948.

Strumenti di valutazione

CAM

<http://www.hartfordign.org/publications/trythis/issue13.pdf>

TELECOM

<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=849455>

MMS

<http://www.alzheimer-montpellier.org/tests.html>

DOS

http://www.stacomcommunications.com/customcomm/Back-issue_pages/AD_Review/adPDFs/january2004f/04.pdf

6. Redattori

Gruppo «Bigorio» di palliative.ch:

Beate Augustyn, infermiera; Irene Bachmann-Mettler, infermiera; Dr. Augusto Caraceni; Dr. Steffen Eychmüller; Dr. Phil Larkin; Dr. Laurent Michaud; Dr. Hans Neuenschwander; Natacha Aymont, psicologo; Sylviane Bigler, infermiera; Ivan Bourgeois, infermiere; Claire-Lise Bovard, infermiera; Dr. Daniel Büche; Beatrice Dolder, th; Sophie Ducret, infermiera; Dr. Monica Escher-Imhof; Dr. Grégoire Gremaud; Dr. Sybille Marthy; Dr. Claudia Mazzocato; Monika Mettler, infermiera; Dr. Carine Moynier; Michelin Munnier, infermiera; Jacqueline Pécaut, infermiera u; Patricia Perraudin, infermiera; Dr. Josiane Pralong; Verena Prebil, infermier; Dr. Daniel Rauch; Christiane Schmid-Pasquier, infermiera, Dr. Nathalie Steiner; Luisella Manzambi-Maggi, infermiera; Dr. Claudia Gamondi; Dr. Marianne Lang.

7. Ringraziamenti

Siamo specialmente grati per la collaborazione con l’Università di Losanna (L.Michaux, Prof. Guex, Prof. Stiefel), e per l’enorme aiuto di Augusto Caraceni.

Conflitti d’interesse dichiarati: nessuno

Considerazioni generali/Copyright

Queste raccomandazioni sono destinate ad uso interno dei soci di palliative.ch. Qualunque pubblicazione deve essere concordata con il direttore del progetto “Bigorio”, Dr. Steffen Eychmüller (steffen.eychmueller@kssg.ch.)