Fachkliniken Wangen

Klinik für Pneumologie

Klinik für Thoraxchirurgie

Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin

Klinik für Neurologie

Klinik für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie

Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche

www.fachkliniken-wangen.de

Delirprävention und –therapie aus pflegerischer Sicht

Lucas Schliz MScN
Fachkliniken Wangen i.A.

7. Pflegekongress für Intensivmedizin 2023

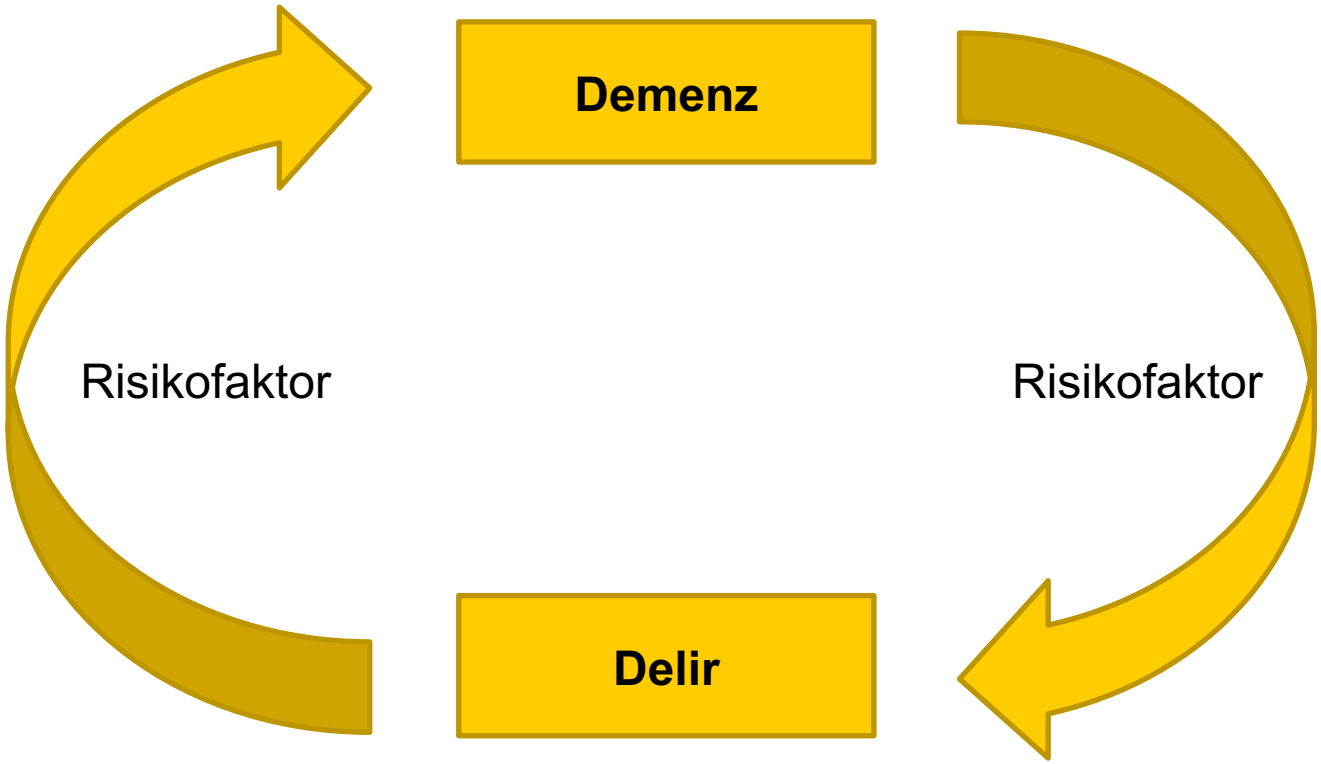
Definition Delir

ICD 10	DSM IV
Störung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit	Störung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit
Störung der Wahrnehmung, des Denkens und des Gedächtnisses	Störung der Kognition
Psychomotorische Störungen	
Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus	
Störungen der Emotionalität	
Beginn gewöhnlich akut, Verlauf fluktuierend, Gesamtdauer < 6 Monate	Akuter Beginn (Std. – Tage) oder schwankender Verlauf
Eine zugrunde liegende medizinische Ursache ist nachweisbar	Ein medizinischer Krankheitsfaktor liegt vor

Definition Delir

Unterschiedliche Typen des Delirs (Lütz et al., 2012)

- **Hypoaktive Delir (44%)**: adynam, motorisch verlangsamt, kontaktlos
- Hyperaktive Delir (2%): Agitation, Aggressivität, Hyperaktivität
- Gemischtes Delir (55%): kann beide Symptomatiken beinhalten
- (Alkoholentzugsdelir)


Demenz
Risikofaktor
Risikofaktor
Delir

Daten & Fakten

- Symptome eines Delirs können mit einer Sepsis in Verbindung gebracht werden (Martin et al., 2010)
- Das Delir begünstigt nosokomiale Infektionen wie z.B. Pneumonien, kognitive Langzeitstörungen, erhöhte Mortalitätsraten (Lütz et al., 2012)
- Prävalenz bei beatmeten Intensivpatient*innen: 60 – 82 % (Haller, 2015)
- Inzidenz bei Intensivpatient*innen: 60 -80 % (DGAI & DIVI, 2015)

Daten & Fakten

- Sterblichkeit bei Patient*innen mit einem Delir nach dem Intensivaufenthalt ist signifikant höher: 15,9% vs. 2,4 % (Ouitmet et al., 2007)
- Kosten bei Patient*innen mit einem hyperaktiven Delir sind um 1200 Euro höher (Weinrebe et al., 2016)
- Schulungen von Fachpersonal reduziert die nicht identifizierten Delirien (Inouye et al., 2001)

Confusion Assessment Method für Intensivstation CAM-ICU

RASS grösser als - 4 (-3 bis +4)

weiter zur nächsten Stufe

RASS ist -4 oder -5

STOP

Pat. später erneut untersuchen

Ein Delir liegt vor, wenn: 1, 2 und 3 *oder* 1, 2 und 4 positiv sind

1 Akuter Beginn oder schwankender Verlauf
Akute psychische Veränderung (z.B. im Vergleich zu prä-OP) ?
Ändert sich das Verhalten im Tagesverlauf ?

→ **NEIN** → **STOP Kein Delir**

↓ **JA**

2 Aufmerksamkeitsstörung
Lesen Sie dem Pat. folgende Buchstaben vor : **A N A N A S B A U M**
Fehler: Pat. drückt beim "A" nicht die Hand
Fehler: Patient drückt bei einem anderen Buchstaben als "A"

→ **< 3 Fehler** → **STOP Kein Delir**

↓ **≥3 Fehler**

3 Bewußtseinsveränderung ("akuteller" RASS)
Falls RASS = 0, weiter zur nächsten Stufe

→ **Falls RASS nicht 0 ist** → **Delir**

↓ **0 RASS**

4 unorganisiertes Denken
1. Schwimmt ein Stein auf dem Wasser? (Schwimmt ein Blatt auf dem Wasser?)
2. Gibt es Fische im Meer? (Gibt es Elefanten im Meer?)
3. Wiegt ein Kilo mehr als zwei Kilo? (Wiegen zwei Kilo mehr als ein Kilo?)
4. Kann man mit einem Hammer einen Nagel in die Wand schlagen? (Kann man mit einem Hammer Holz sägen?)
5. **Anweisung:**
Sagen Sie dem Pat.: "*Halten Sie soviele Finger hoch*" (Untersucher hält zwei Finger hoch)
"*Nun machen Sie dasselbe mit der anderen Hand*" (Wiederholen Sie nicht die Anzahl der Finger).
Falls Pat. nicht beide Arme bewegen kann, sagen Sie: "*Fügen Sie einen Finger hinzu.*"

→ **≥ 2 Fehler** → **Delir**

→ **< 2 Fehler** → **STOP Kein Delir**

Richmond-Scale

	Ausdruck	Beschreibung
+ 4	Streitlustig	gewalttätig, unmittelbare Gefahr für Personal
+ 3	Sehr agitiert	Zieht an Schläuche oder Katheter; aggressiv
+ 2	Agitiert	Häufige ungezielte Bewegung, atmet gegen das Beatmungsgerät
+ 1	Unruhig	Ängstlich aber Bewegungen nicht aggressiv oder lebhaft
0	Aufmerksam, ruhig	
- 1	Schläfrig	Nicht ganz aufmerksam, erwacht anhaltend durch Stimme (>10s)
- 2	Leichte Sedierung	Erwacht kurz mit Augenkontakt durch Stimme (<10s)
- 3	Mäßige Sedierung	Bewegung oder Augenöffnung durch Stimme (aber kein Augenkontakt)
- 4	Tiefe Sedierung	Keine Reaktion auf Stimme, aber Augenöffnung durch Bewegung
- 5	Nicht erweckbar	Keine Reaktion auf Stimme oder körperlichen Reiz

Delirprophylaxe

Prädispositionen und Noxen (angelehnt an Frühwald et al., 2014)

Prädispositionen (im absteigenden Ausmaß)	Noxen (im absteigenden Ausmaß)
Hohes Alter	Chirurgischer Eingriff
Kognitive Behinderung (Demenz)	Anticholinerg wirksame Medikamente
Gebrechlichkeit	Psychoaktive Medikamente
Multimorbidität	Intensivstationsaufenthalt
Sensorische Störungen	Akute Infektion
Anämie	Elektrolytentgleisung
Suchtmittelabusus	Schlafdeprivation
Gebrauch von Benzodiazepin	Immobilisierung
Depression	Freiheitseinschränkende Maßnahmen
Soziale Isolation	Dauerkatheter
	Fremde Umgebung

Delirprophylaxe

- Regelmäßige reorientierende Maßnahmen
- Hör- und Sehhilfen
- Nicht pharmakologische Schlafförderung
- Frühmobilisation
- Trinkprotokoll
- Angehörigenarbeit
- Rooming – In
- Musik, Fotoalbum

Delirprophylaxe

- Sedierungspausen
- Spontanatemversuche unter reduzierter Sedierung
- Adäquates Schmerzmanagement (WHO Stufenschema)
- Verzicht auf Opiate und Sedativa
- Erhalt des Schlaf-Wach-Rhythmus
- Reduktion von Reizen
- Reduktion von **Stress**
- Interprofessionelle Delir-Visite; Delir Konsiliardienst

A
Analgesie

- Schmerzarmut
- Ziel-NRS < 4/ CPOT < 4/ BPS < 6
- Schmerz-monitoring alle 8 h
- kontinuierliche Titration von Analgetika/ PCEA/PCIA
- zusätzliche Analgesie vor schmerzhaften Interventionen

B
Breathing SAT and SBT

- Ziel-RASS 0/-1
- Ziel-RASS-Anordnung alle 8 h
- RASS-Monitoring alle 8 h
- Sedierungs-pause/ Aufwachversuch
- Tubus-Toleranz
- Sedierungs-/ Weaning-protokoll
- täglicher Spontan-atemversuch
- BGA-Überwachung

C
Choice the Medication

- Pharmaka mit kurzer HWZ vorziehen
- Analgetika vor Sedativa
- Verzicht auf Benzodiazepine
- Vermeidung Polypharmazie

D
Delirium Management

- Delir-Risikoeinschätzung
- Delir-Monitoring alle 8 h
- CAM-ICU/ICDSC
- Förderung der Orientierung
- **Förderung des** zirkadianen Rhythmus
- sensorische Hilfsmittel nutzen
- Prolongation vermeiden
- Indikationsprüfung von Zu-/Ableitungen
- Identifikation delirauslösender Faktoren
- Zimmerwechsel vermeiden
- Pflegekonsil (APN)

E
Early Mobility/ Enteral Nutrition

- Frühmobilisation/ Bewegung fördern
- kognitive Stimulation
- Reizüberflutung/ -deprivation vermeiden
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- enterale/orale Ernährung
- Schlucktraining
- Logopädie

F
Family and Friends

- Einbezug von Familie/ Freunden
- Beziehungs-pflege
- Kommunikation / persönliche Ansprache
- Sitzwachen
- Fixation vermeiden

Delirprävention = nicht medikamentöse Delirtherapie

Literatur

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin & Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv - und Notfallmedizin (2015). S3 Leitlinie.Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin (DAS-Leitlinie 2015)

Ely, E.W., Inouye, S., Bernard, G., Gordon, S., Francis, J., May, L., Truman, B.,Speroff, T., Gautam, S., Margolin, R., Hart, P., & Dittus, R. (2001a). Deliriumin mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU).JAMA286(21),2703–2710.doi:10.1001/jama.286.21.2703

Ely, E.W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B.,Dittus, R.,Speroff, T., Gautam, S., Bernard, R., & Inouye, S. (2001b). Evaluation of delirium incritically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU).Crit Care Med29(7),1370–1379

Gordon, S., Peterson, J.,Shintani, A., Jackson, J., Foss, J., Harding, S., Bernard, G.,Dittus, R., & Ely, E.W. (2005).Large-scale implementation of sedation and delirium monitoring in the intensive care unit: A report from two medical centers*.Critical Care Medicine, 33(6), 1199–1205.doi:10.1097/01.ccm.0000166867.78320.ac

Günther, U.,Wrigge, H., Popp, J.,Andorfer, U.,Muder, T., & Putensen, C. (2009).Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit zur routinemäßigen Kontrolle des Delirs auf Intensivstation. AnästhIntensivmed. (50),592-600.

Haller, A. (2015). Das Delir auf der Intensivstation.SWISS MEDICAL FORUM–Schweizerisches Medizin–Forum15(3132),696-701.doi.org/10.4414/smf.2015.02351

Inouye, S.; Foreman, M.;Mion, L.; Katz, K. & Cooney, L. (2001). Nurses' Recognition of Delirium and Its Symptoms. Archives of Internal Medicine,161(20),2467–doi:10.1001/archinte.161.20.2467

Lin, S., Liu, C., Wang, C., Lin, H., Huang, C., Huang, P., Fang, Y.,Shieh, M., &Kuo, H. (2004).The impact of delirium on the survival of mechanically ventilated patients.CritCareMed32(11),2254–2259.doi:10.1097/01.ccm.0000145587.16421.bb

Luetz, A.,Weiss, B., Held, H., & Spies, C. D. (2012). Das Delir auf Intensivstationen : Ein Überblick für Pflegekräfte und Ärzte [Delirium in the intensive care unit:Overview for nurses and physicians]. Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin,07(4),289-299;quiz298-9.https://doi.org/10.1007/s00063-01201061

Martin, B.; Buth, K.; Arora, R. & Baskett, R. (2010).Delirium as a predictor of sepsis in post-coronary artery bypass grafting patients: a retrospective cohortstudy.Critical Care,14(5),–.doi:10.1186/cc9273

McNicoll, L., Pisani, M., Ely, E.W., Gifford, D., & Inouye, S. (2005).Detection of Delirium in the Intensive Care Unit: Comparison of Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit with Confusion Assessment Method Ratings.J AMGeriatrSoc53(3), 495–500.doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53171.x

Literatur

Micek, S., Anand, N.,Laible, B., Shannon, W., & Kollef, M. (2005). Delirium as detected by the CAM-ICU predicts restraint use among mechanically ventilated medical patients.Crit Care Med33(6), 1260–1265Miele, B. (2013). Wie wird die S3-Leitlinie umgesetzt? Intensiv21(2), 77–81. doi:10.1055/s-0033-1337361

Ouimet, S., Riker, R.,Bergeon, N., Cossette, M., Kavanagh, B., & Skrobik, Y (2007). Subsyndromal delirium in the ICU: evidence for a disease spectrum. Intensive care med.33(6), 1007–1013.doi:10.1007/s00134-007-0618-y

Pandharipande, P., Jackson, J., & Ely, E.W. (2005). Delirium: acute cognitive dysfunction in the critically ill. Current Opinion in Internal Medicine, 4(5), 448–456. doi:10.1097/01.ccx.0000170503.76528.4b

Patel, R., Gambrell, M.,Speroff, T., Scott, T., Pun, B.,Okahashi, J., Strength, C.,Pandharipande, P., Girard, T., Burgess, H.,Dittus, R., Bernard, G., & Ely,E.W. (2009). Delirium and sedation in the intensive care unit: Survey of behaviors and attitudes of 1384 healthcare professionals*.Critical Care Medicine,37(3), 825–832. doi:10.1097/CCM.0b013e31819b8608

Schubert, M., Massarotto, P.,Wehrli, M., Lehmann, A., Spirig, R., & Hasemann, W. (2010). Entwicklung eines interprofessionellen Behandlungskonzepts „Delir" für eine medizinische und eine chirurgische Intensivstation. Pflegewissenschaft doi:10.1055/s-0030-1268019

Weinrebe, W.,Johannsdottir, E., Karaman, M., & Füsgen, I. (2016).What does delirium cost? Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 49(1), 52-58

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Für Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung

Lucas Schliz MScN

Innovationsmanagement &
Organisationsentwicklung in der Pflege
Fachexpertise Themenfeld Delir

lucas.schliz@wz-kliniken.de