

IDENTYFIKACJA ZABURZEŃ FUNKCJI POZNAWCZYCH I/LUB MAJACZENIA W WARUNKACH SOR

Pomyśl o MAJACZENIU!

- Wszyscy seniorzy wymagają wstępnej oceny funkcji poznawczych w SOR.
- Jeśli zaburzenia funkcji poznawczych są obecne, określ ich dotychczasowe nasilenie.



Pobierz wersję online

Senior przyjęty do SOR

Oceń status używając skali 4AT*

(patrz: opis na zielonym tle po prawej stronie)

- ≥4 Możliwe majaczenie +/- zaburzenia funkcji poznawczych
- 1-3 Możliwe zaburzenia funkcji poznawczych
- 0 Majaczenie lub poważne zaburzenia funkcji poznawczych mało prawdopodobne (ale nadal możliwe jeśli informacje o pacjencie są niepełne)

* lub alternatywnego testu, np. CAM-ED

4AT (Alertness, AMT4, Attention, Acute)

- Alertness - Stan świadomości**
 - Normalny (w pełni świadomy, niepobudzony w trakcie dokonywania oceny) 0
 - Łagodne podsypanie krócej niż 10 sekund po przebudzeniu, później niż 10 sekund w normie 0
 - widocznie zaburzony 4
- AMT4 - Skrócony Test Sprawności Umysłowej 4**
Wiek, data urodzenia, miejsce aktualnego pobytu (szpital/adres), aktualny rok
 - bezbłędne odpowiedzi 0
 - jeden błąd 1
 - ≥2 błędy lub test niemożliwy do przeprowadzenia 2
- Attention - Uwaga/skupienie**
Wyliczenie wszystkich miesięcy roku w kolejności od ostatniego do pierwszego.
 - Wylicza 7 lub więcej miesięcy w prawidłowej kolejności 0
 - Rozpoczyna prawidłowo, ale podaje mniej niż 7 miesięcy w prawidłowej kolejności LUB odmawia odpowiedzi 1
 - Test niemożliwy do przeprowadzenia (pacjent źle się czuje, jest ospały lub rozproszony) 2
- Acute - Ostry**
Nagła zmiana stanu lub fluktuacja nasilenia objawów?
 - Nie 0
 - Tak 4

Suma punktów: —

Brak oznak majaczenia

Kontynuuj zgodnie z dotychczasowym planem leczenia/wypisu

WYPISZ DO DOMU

Dołącz do wypisu dokumentację zawierającą informacje o przeprowadzonej ocenie funkcji poznawczych.

Jeśli pojawiają się wątpliwości dotyczące pogorszenia funkcji poznawczych, zaplanuj wizytę kontrolną u geriatry lub lekarza rodzinnego.

PRZYJMIJ DO SZPITALA

Oceń pod kątem czynników ryzyka delirium (patrz: opis na żółtym tle po prawej stronie)

Pacjenci z JAKIMIKOLWIEK czynnikiem ryzyka powinni być poddawani obserwacji pod kątem ewentualnego wystąpienia majaczenia przez cały okres trwania hospitalizacji.

Podejrzanie majaczenia

PRZYJMIJ PACJENTA**

(majaczenie jest stanem nagłym)

- Przedyskutuj diagnozę z doświadczonym lekarzem i pielęgniarką lub ratownikiem SOR
- Porozmawiaj z opiekunem/rodziną pacjenta
- Rozpocznij poszukiwania przyczyny majaczenia (Pamiętaj, że często występuje więcej niż jedna przyczyna. Patrz: opis na czerwonym tle po prawej stronie)

Upewnij się, że zespół przejmujący pacjenta wie o podejrzeniu majaczenia

** Znaczna większość pacjentów z majaczeniem wymaga hospitalizacji z uwagi na wysoką śmiertelność, która się z nim wiąże. W wyjątkowych sytuacjach i tylko po przedyskutowaniu tego z doświadczonym lekarzem, chory z majaczeniem może zostać wypisany do domu lub poddany obserwacji w SOR.

Rozważ, czy pacjent będzie wymagał szczególnego nadzoru po przekazaniu na oddział (np. zwiększone ryzyko upadku, tendencja do błędzenia)

Strategie zapobiegania majaczeniu w SOR i odcinkach obserwacyjnych

- Unikaj fizycznego unieruchomienia pacjenta
- Unikaj leków sedujących
- Zapewnij odpowiednie nawodnienie i odżywienie (dokumentując spożywane posiłki oraz zapewniając dostęp do przekąsek i napojów)
- Zapewnij odpoczynek i odpowiednią jakość snu
- Zapewnij wczesne i regularne uruchamianie pacjenta
- Wspomóż orientację w czasie i przestrzeni używając narzędzi wspierających zmysły pacjenta
- Zapobiegaj zaparciom (odnotuj w dokumentacji oddane stolce)
- Promuj samodzielność pacjenta poprzez zachęcanie do wykonywania codziennych czynności (mycie, ubieranie się, spożywanie posiłków itd.)
- Lecz ból (ocenić jego natężenie wykorzystując skalę PAINAD lub inne geriatriczne skale oceny bólu)
- Przeanalizuj przyjmowane przez pacjenta leki
- Unikaj cewnikowania pęcherza moczowego

W treści wypisu udokumentuj wystąpienie majaczenia i status funkcji poznawczych w momencie wypisu!

Postępowanie z pacjentem majaczącym, pobudzonym i mogącym stanowić zagrożenie dla siebie lub innych

- Identyfikacja i leczenie przyczyny stanu pacjenta powinno stanowić główny cel terapeutyczny. **ZAWSZE** próbuj złagodzić sytuację wykorzystując w pierwszej kolejności metody niefarmakologiczne:
 - Wyjaśnij choremu, co się dzieje. Przypomnij gdzie się znajduje i w jakim celu, oraz jaka jest pora dnia.
 - Poproś rodzinę/opiekunów, żeby pozostali z pacjentem w sali.
 - Wykonuj zabiegi pielęgnacyjne w cichym pomieszczeniu. Rozważ wdrożenie opieki w schemacie jeden pielęgniarz/pielęgniarka-jeden pacjent.
- Jeśli wymagana jest interwencja farmakologiczna, wykorzystuj małe dawki leków i stopniowo je zwiększaj. Podawaj jeden lek w danym momencie. Zważ pacjenta przed podaniem leków.
 - W pierwszej kolejności zastosuj terapię **LEKAMI DOUSTNYMI**, np. kwetiapiną (12,5-25mg), haloperidolem (0,5-1mg), olanzapiną (2,5-5mg).
 - Unikaj stosowania powyższych leków u chorych z chorobą Parkinsona lub otępieniem z ciałami Lewy'ego.
 - Wykonaj EKG i oceń czas trwania odstępu QT przed włączeniem leków przeciwpsychotycznych.
 - Włącz leki z grupy benzodiazepin tylko, gdy istnieją przeciwwskazania do włączenia leków przeciwpsychotycznych (np. lorazepam 0,25-0,5mg).
- Jeśli terapia doustna nie przyniesie efektu, rozważ włączenie sedacji drogą dożylną lub domięśniową:
 - Decyzję musi w takim przypadku podjąć **doświadczony lekarz** (starszy rezydent lub specjalista).
 - Tak, jak w przypadku każdej sedacji, procedura powinna zostać przeprowadzona w warunkach umożliwiających monitorowanie pacjenta oraz zabezpieczenie drożności dróg oddechowych (zwykle obszar resuscytacyjny/wstępnej intensywnej terapii).
 - Procedura powinna odbyć się zgodnie z przyjętym schematem prowadzenia sedacji.
 - Należy zapewnić dostępność flumazenilu jeśli pacjent otrzymuje lorazepam.
 - Należy zapewnić dostępność procyklidyny/benzotropiny jeśli pacjent otrzymuje leki przeciwpsychotyczne (neuroleptyki).

Majaczenie - czynniki ryzyka (DELIRIUM)

- D Dehydration (Odwodnienie)**
- E Eyes and ears (Oczy i uszy):** upewnij się, że dostępne są narzędzia wsparcia wzroku i słuchu
- L Limited mobility (Ograniczona ruchomość):** przedłużające się unieruchomienie, np. długotrwałe przebywanie w pozycji leżącej oraz cewnikowanie pęcherza moczowego
- I Infection (Infekcja):** lub inna poważna choroba (ocena wg Early Warning Score ≥6)
- R Reduce pain (Redukcja bólu):** wysokie ryzyko rozwinięcia majaczenia, gdy występuje ostry ból (np. w przypadku złamania szyjki kości udowej). Skup się na kontroli bólu.
- I Impaired cognition (Zaburzenia funkcji poznawczych):** zaburzenia opisane wcześniej lub majaczenie w wywiadzie
- U Up at night (Zaburzenia snu):** niedostateczna ilość snu zwiększa ryzyko majaczenia
- M Medication (Leki):** ≥3 nowe leki, przyjmowanie benzodiazepin, polipragmatyzacja. Potencjalne ryzyko przy pominięciu dawki leku z grupy benzodiazepin lub opioidów? Odstawienie alkoholu?

Potencjalne przyczyny majaczenia 'PINCH ME'

- P Pain (Ból):** Czy pacjent jest pobudzony z powodu dolegliwości bólowych? Czy wykluczono zatrzymanie moczu?
- IN Infection (Infekcja):** Czy pacjent może mieć infekcję (np. ZUM lub infekcję dolnych dróg oddechowych)?
- C Constipation (Zaparcie):** Czy u pacjenta stwierdza się zaparcie?
- H Hydration (Nawodnienie):** Czy występują znaczące zaburzenia elektrolitowe? Czy wykluczono hipoksję / hipotensję / hipoglikemię?
- M Medication (Leki):** pominięcie dawek leków przyjmowanych na stałe
- E Environmental (Środowisko):** Czy w ostatnim czasie doszło do zmiany otoczenia? Narażenie na hałas lub zwiększony wysiłek?