

DELİRYUM VE BİLİŞSEL BOZUKLUK

NEDEN ÖNEMLİ?

Deliryum ve Demans gibi bilişsel sorunlar, Acil Servise (AS) başvuran Yaşlı Yetişkinlerde yaygındır. Acil servise başvuran yaşlı yetişkinlerin %20'ye kadarında bir dereceye kadar önceden var olan bilişsel bozukluk vardır. Deliryum, acil servisteki yaşlı hastaların yaklaşık %10'unu etkiler. Acil serviste uzun süre kalmak, hassas kişilerde deliryum gelişimi ile ilişkilidir.

Deliryum, üç kat artmış mortalite ile ilişkilidir. Ayrıca, hızlanmış işlevsel gerileme, hızlanmış bilişsel gerileme ve hastanede daha uzun süre kalışlarla da ilişkilidir.

Acil serviste deliryumun %50'den fazlasının saptanamadığı ve deliryumun bu şekilde gözden kaçırılmasının 3 aylık mortalitede 3 kat artış ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

DELİRYUM VEYA BİLİŞSEL SORUNLARI OLAN YAŞLI YETİŞKİMLERİ NASIL TANIYABİLİRİZ?

Deliryumu olan kişileri belirlemek için 4AT gibi bir araç kullanın ve bunu erken değerlendirme, belirlenmiş alanlarda yönetim, hedefe yönelik değerlendirme ve hızlandırılmış yatış gibi bakımla ilgili eylemlerle ilişkilendirin.

NE YAPABİLİRİZ?

1. Çok bileşenli girişimler ve düzenli yeniden oryantasyon yoluyla deliryumlu veya deliryum geliştirme riski taşıyan hastaları yönetin. Deliryumun potansiyel nedenlerini belirlemeyi ve bu nedenleri düzeltmeyi amaçlayan, ilaçların gözden geçirilmesini de içeren yapılandırılmış bir değerlendirme gerçekleştirin. Bu sürece yardımcı olmak için kontrol listeleri kullanılabilir.
2. Bilişsel bozukluğu olan yaşlı kişilerde ağrının değerlendirilmesine yardımcı olmak için uygun yardımcı materyalleri kullanın, örn. PAINAD.
3. Hastalarda bilişsel bozuklukla ilişkili davranış bozukluğu veya ajitasyon varsa, birinci basamak olarak farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerini deneyin. Fiziksel kısıtlamalar kullanılmamalıdır.
4. Sedasyon için temkinli bir yaklaşım uygulayın ve yalnızca farmakolojik olmayan yaklaşımlar başarısız olduğunda kullanın. Bireysel hastaya göre uyarlanmış ilaç seçimi ile ilk etapta oral ilaçları kullanın. IM/IV sedasyona geçme kararı kıdemli bir doktor tarafından verilmeli ve yerel ve ulusal sedasyon kılavuzu izlenerek hastanın uygun şekilde izlenebileceği ve hava yolu desteğinin mevcut olduğu bir alanda uygulanmalıdır.
5. Acil serviste bilişsel bozukluğu olduğu tespit edilen hastaları, yatarak tedavi için yerel yapılandırılmış bakım yolları ile veya taburculuk hakkında daha fazla araştırma için aile hekimleri ile iletişime geçin.
6. Deliryuma yönelik tanı araştırmalarını hastanın bireysel öyküsüne ve fizik muayene bulgularına göre uyarlayın.

ARAÇLAR

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network Delirium Guideline (SIGN) 2019
- 4AT ferramenta clínica para detección rápida de delirium
- Alzheimer Europe – advocacy agency for European people living with Dementia
- Delirium Pathways in Hospital - Hospital Elder life programme
- Delirium Resources NIDUS – Network for Investigation of Delirium: Unifying Science



Tüm araç kutularına ve ek bilgilere QR kodu aracılığıyla erişilebilir.



KAYNAKLAR

Bilimsel yayınlara ilişkin tüm ilgili referanslar yandaki QR kodu aracılığıyla bulunabilir.



Bu eğitim materyali, Avrupa Acil Tıp Derneği (EUSEM) ile Avrupa Geriatrik Tıp Derneği (EuGMS) arasındaki bir işbirliği olan Avrupa Geriatrik Acil Tıp Çalışma Grubu tarafından geliştirilmiştir. Daha fazla bilgi için lütfen geriEMEurope.eu adresini ziyaret edin ve bizi Twitter'da takip edin: @geriEMEurope.
Türkçe çeviri: Prof. Dr. Zerrin Defne DÜNDAR
Poster QR-kodu ile indirin.



ACIL SERVİSTE BİLİŞSEL BOZUKLUK VE/VEYA DELİRYUMUN BELİRLENME KILAVUZU

DELİRYUMU DÜŞÜNÜN

- Tüm yaşlı hastalar için, acil serviste rutin kısa bilişsel tarama gereklidir.
- Bilişsel bozukluk varsa: başlangıçtaki biliş/fonksiyonla ilgili yardımcı öyküyü alın.



Çevrimiçi sürümünü indirin

Yaşlı Yetişkin Acil Servise Başvurur

4AT'yi Tamamlayın*

(sağdaki Yeşil Kutuya bakın)

- ≥4 Muhtemel deliryum +/- bilişsel bozukluk
- 1-3 Olası bilişsel bozukluk
- 0 Deliryum veya ciddi bilişsel bozukluk olası değil (Ancak bilgi eksikse deliryum hala mümkündür)

* veya valifiye edilmiş alternatifi, örn. CAM-ED

4AT

1. Uyanıklık	
• Normal (değerlendirme boyunca tamamen uyanık, ancak ajite değil)	0
• Uyandıktan sonra <10 saniye süreyle hafif uyku hali, ardından normal	0
• Açıkça anormal	4
2. AMT4	
Yaş, Doğum Tarihi, Yeri (hastane/bina adı), Şu anki Yıl	
• Hata yok	0
• 1 hata	1
• ≥2 hata / test edilemiyor	2
3. Dikkat	
Yılın aylarını Geriye doğru	
• 7 ay veya daha fazlasını doğru bir şekilde sayabiliyor	0
• Başlıyor, ancak <7 ay puan alıyor / başlamayı reddediyor	1
• est edilemiyor (hasta uyukulu, dikkatsiz olduğu için başlamamıyor)	2
4. Akut	
Akut Değişiklik veya dalgalanan semptomlar?	
• Hayır	0
• Evet	4
Total:	—

Deliryum bulgusu yok

Yatış / taburcu planı ile devam edin

TABURCU

Bilişsel durumun taburcu epikrizinde belgelenmesini sağlayın.

Bilişsel bozuklukla ilgili herhangi bir endişeniz varsa, yerel kayıt hizmetleri / geriatrist veya aile hekimi aracılığıyla takip ayarlayın.

YATIŞ

Deliryum için risk faktörleri taraması yapın (Sağdaki Sarı Kutuya bakın)

HERHANGİ bir risk faktörüne sahip olanlar, kaldıkları süre boyunca deliryum gelişimi açısından izlenmelidir.

Şüpheli deliryum YATIŞ**

(NB Deliryum Tıbbi Bir Acil Durumdur)

- Acil serviste kıdemli doktor ve hemşire ile tanıyı tartışın
- Bakımveren/akraba ile tanı hakkında konuşun
- Deliryumun nedenlerini araştırmaya başlayın (Genellikle birden fazla olduğunu unutmayın, sağdaki Kırmızı Kutuya bakın)

Kabul ekibinin deliryumdan şüphelenildiğini bilmesini sağlayın

** Deliryumlu hastaların büyük çoğunluğunun yatışa ihtiyacı vardır; bu, mortalitesi yüksek bir tanıdır. İstisnai olarak ve sadece kıdemli ekiple görüşmeden sonra deliryumlu bir hasta eve gitmeli veya koroner.

Hastanın servise transfer edildiğinde daha fazla gözetime ihtiyaç duyup duymayacağını değerlendirin (örn. artmış düşme riski, mobilizasyon ihtiyacı)

Acil serviste ve CDU/gözlem servislerinde deliryumu önleme stratejileri

- Kısıtlamalardan kaçının
- Sedatiflerden kaçının
- Yeterli sıvı/beslenme sağlayın (Gıda alım çizelgesi kullanın ve içeceklerin/atıştırmalıkların erişilebilir olduğundan emin olun)
- Gevşemeyi ve yeterli uykuyu teşvik edin
- Erken ve düzenli mobilizasyon sağlayın
- Görsel ve işitsel yardımcıları kullanarak düzenli gerçeklik oryantasyonu
- Kabızlıktan kaçının (izlemek için dışkı çizelgelerini kullanın)
- Günlük Yaşam Aktiviteleri ile bağımsızlığı teşvik edin
- Her türlü ağrıyı yönetin (PAINAD/diğer demans dostu ağrı skorunu kullanın)
- İlaçların gözden geçirilmesi
- İdrar sondası kullanmaktan kaçının

Taburcu olurken, deliryum epizodunu ve taburculuk bilişsel durumunu taburcu notlarında belgeleyin!

Sıkıntılı ve/veya hırçın ve kendisi veya başkaları için tehdit oluşturduğu düşünülen deliryumlu birini yönetmek

- Altta yatan nedenin tanımlanması ve tedavisi, yönetimin ilk amacı olmalıdır **HER ZAMAN** önce farmakolojik olmayan girişimler kullanarak durumu hafifletmeye çalışın:
 - Neler olduğunu nazikçe açıklayın. Yeniden yönlendirin ve aktiviteleri hastanın dikkatini dağıtmak için kullanın.
 - Aileyi/bakımverenleri hastayla birlikte kalmaya davet edin (odaya yerleştirme).
 - Sessiz bir alanda bakım sağlamaya çalışın. Bire bir bakım ihtiyacını göz önünde bulundurun.
- Tıbbi kısıtlama gerekiyorsa, küçük dozlar kullanın ve kademeli olarak artırın. Her seferinde bir ilaç kullanın. Doz uygulamadan önce hastanın kilosunu dikkate alın. Önce ORAL tedavileri deneyin, örn. Ketiapin (12,5-25mg), Haloperidol (0,5-1mg), Olanzapin (2,5-5mg).
 - Lewy Cisimli Demansı veya Parkinson Hastalığı olanlarda kaçının.
 - Antipsikotik ajanlar kullanmadan önce bir EKG çekin ve QT'yi kontrol edin.
 - Benzodiazepinleri yalnızca antipsikotikler kontrendike olduğunda kullanın, örn. Lorazepam 0,25-0,5 mg.
- Oral tedaviler başarısız olursa, IM veya IV sedasyonu düşünün:
 - Bu karar **kıdemli bir doktor** tarafından verilmelidir - Sorumlu / Konsültan.
 - Herhangi bir sedasyonda olduğu gibi, bu, hastanın uygun şekilde izlenebileceği ve hava yolu desteğinin mevcut olduğu (genellikle resüsitasyon odası) bir alanda yapılmalıdır.
 - Bu, lokal sedasyon yolu kullanılarak yapılmalıdır.
 - Lorazepam kullanılıyorsa Flumazenil mevcut olmalıdır.
 - Antipsikotik ajanlar kullanılıyorsa Prokiklidin/Benzotropin mevcut olmalıdır.

Deliryum için Risk Faktörleri

- D** Dehidratasyon
- E** Eyes and ears (Gözler ve kulakla): Görme/işitme cihazlarının mevcut olduğundan emin olun
- L** Limited mobility (Sınırlı mobilite): Mobilite veya kısıtlamada değişiklik, örn. yatağa bağlı, idrar sondası kullanımı
- I** Infection (Enfeksiyon): (veya ciddi Tıbbi Hastalık (EWS≥6))
- R** Reduce pain (Ağrıyı azaltın): elevado risco de delirium com dor aguda ex. fratura do femur. Foco no controlo da dor.
- I** Impaired cognition (Bilişsel bozukluk): Önceden var olan bilişsel bozukluk veya geçmişte deliryum varlığı
- U** Up at night (Geceleri uyanıklık): Uyku yoksunluğu deliryum riskini artırır
- M** Medication (İlaç): ≥3 yeni ilaç, benzodiazepinlere maruziyet, polifarmasi, ilaç alımında düzensizlik örn. BDZ'ler, opiatlar? Alkol yoksunluğu riski mevcut mu?

Deliryumun olası nedenleri 'PINCH ME'

- P** Pain (Ağrı): Hasta ağrı nedeniyle ajite mi? Üriner retansiyon ekarte edildi mi?
- IN** Infection (Enfeksiyon): Bir enfeksiyon (örn. İYE/ ASYE) var mı?
- C** Constipation (Kabızlık): Hasta kabız mı?
- H** Hidratasyon: Önemli bir elektrolit bozukluğu var mı? Hipoksi / hipotansiyon / hipoglisemi ekarte edildi mi?
- M** Medication (İlaç): Düzenli aldığı ilaçlar veriliyor mu
- E** Environmental (Çevresel): Ortam değişikliği, yüksek gürültü veya aktivite düzeyi