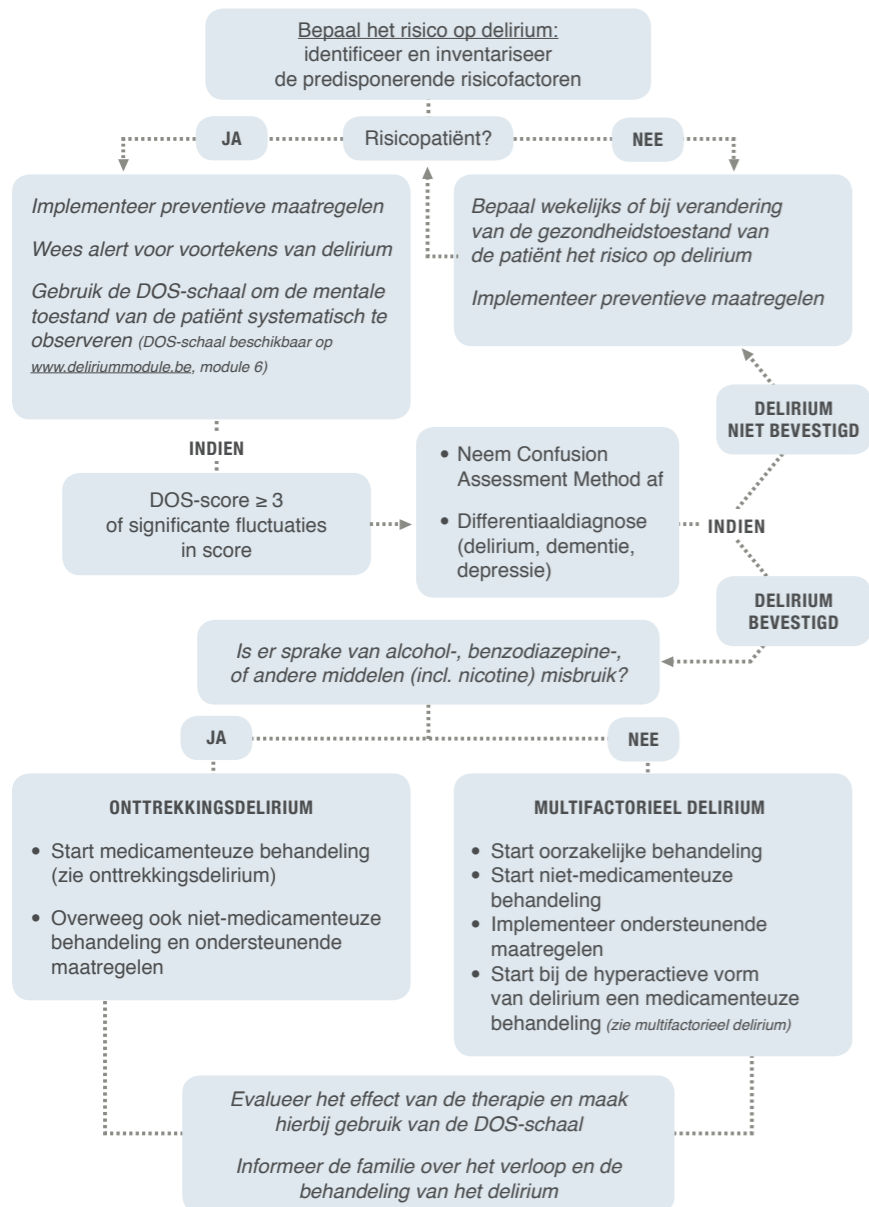
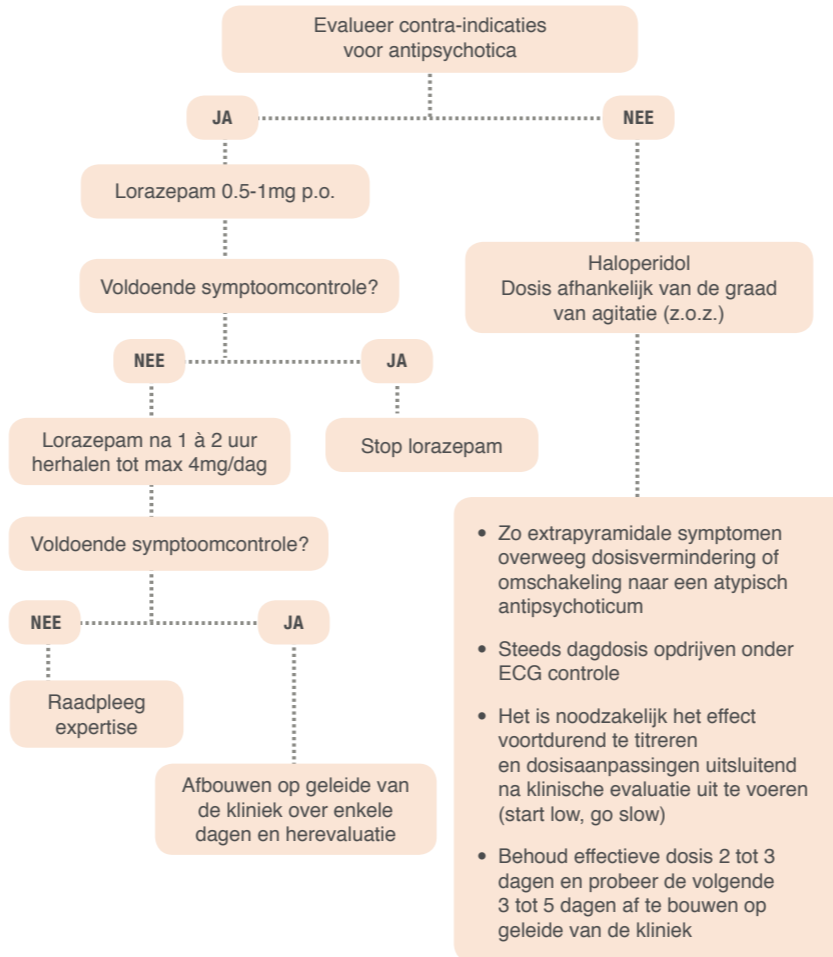


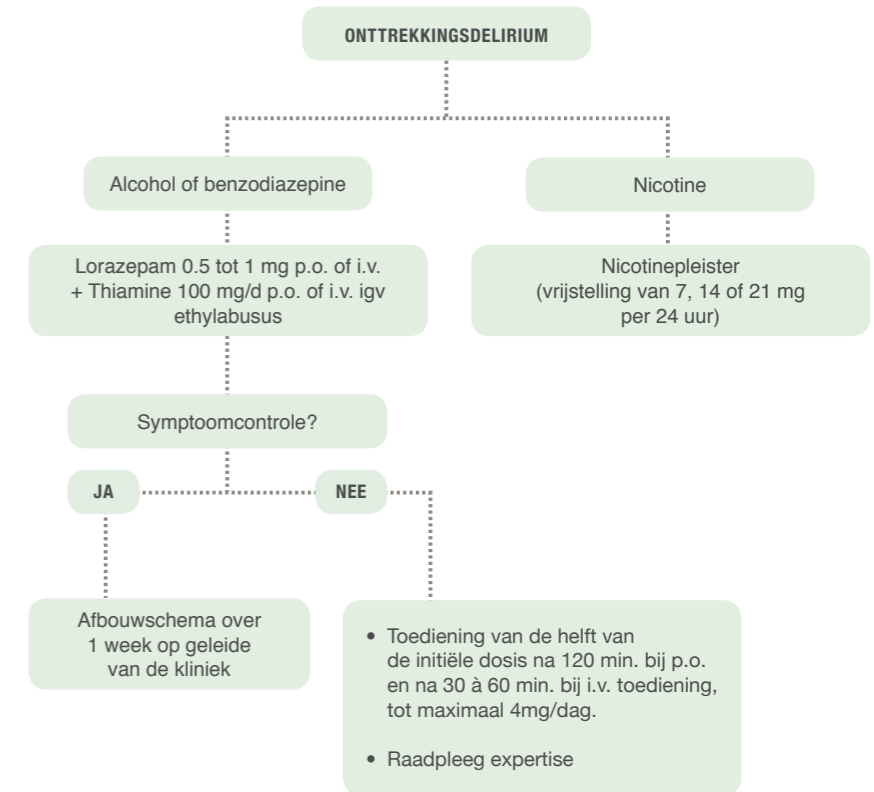
## AANPAK DELIRIUM



## MEDICAMENTEUZE BEHANDELING MULTIFACTORIEEL DELIRIUM (MF)



## MEDICAMENTEUZE BEHANDELING ONTTREKKINGSDELIRIUM



## MEDICAMENTEUZE BEHANDELING ONTTREKKINGSDELIRIUM

Langwerkende benzodiazepines (Valium en Tranxène) zijn gecontra-indiceerd bij patiënten met een geriatrisch profiel, met verhoogd risico op ademhalingsdepressie en met ernstig leverlijden met verminderde leverfunctie

Bij deze patiënten geniet een kortwerkend benzodiazepine zoals lorazepam in een zo laag mogelijke dosis de voorkeur. Het heeft geen actieve metabolieten en is leversparend (renale klaring).

## MEDICAMENTEUZE BEHANDELING MULTIFACTORIEEL DELIRIUM (MF)

### Contra-indicaties voor antipsychotica

- Systolische bloeddruk < 100 mmHg
- Patiënt met ziekte van Parkinson of Lewy Body dementie
- Gekende overgevoeligheid aan of ernstige nevenwerkingen op antipsychotica in het verleden
- Voorgeschiedenis van belangrijke ventriculaire ritmestoornissen (ventrikelfibrillatie of -tachycardie)
- QTc > 500ms

### Doseringschema haloperidol

ERNST DELIRIUM	DOSIS HALOPERIDOL PER 24 UUR
<i>Licht tot matig ernstig delirium</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• haloperidol 1 mg p.o. (pas werkzaam na &gt; 60 min ) 's avonds bij nachtelijke onrust</li><li>• haloperidol 1mg p.o. 's morgens en 's avonds indien ook onrust overdag</li><li>• maximale dagelijkse dosis tot 4 mg p.o. in 2 giften (bv.1/3 dosis 's mo en 2/3 dosis 's av)</li><li>• de meeste ouderen beantwoorden aan een totale dagdosis van 1 tot 2 mg haloperidol</li></ul> <p>Indien nodig kan de dosis haloperidol i.m. (werkzaam na 30') of i.v. (werkzaam na 15') toegediend worden (3 mg haloperidol PO is equivalent aan 2 mg parenteraal)</p>
<i>Ernstig delirium</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• haloperidol 2.5 mg tot 5 mg i.m. of i.v. als startdosis</li><li>• zo na klinische evaluatie onvoldoende effect, haloperidol 2.5 mg i.m. of i.v. te herhalen na 60 minuten tot maximale dosis van 10 mg</li><li>• indien noodzakelijk (bv ernstige agressie) kan lorazepam 1-2.5 mg p.o. geassocieerd worden</li><li>• zo onvoldoende controle, raadpleeg beschikbare expertise</li></ul>

### Atypische antipsychotica

De maximale dosissen hieronder vermeld zijn slechts zelden aangewezen bij ouderen.

- olanzapine (zyprexa) 2.5 tot maximum 10 mg p.o. dagelijks in 1 toediening
- risperidone (risperdal) 1 tot maximum 4 mg p.o. dagelijks in 1 of 2 toedieningen volgens dosis
- quetiapine (seroquel) 25 tot maximum 200 mg p.o. dagelijks in 1 of 2 toedieningen volgens dosis

CAVE risico hypotensie bij risperidon en quetiapine.  
Bij Lewy Body dementie en Morbus Parkinson is quetiapine eerste keuze.

## AANPAK DELIRIUM

Uitgebreidere informatie over de verschillende stappen in de aanpak van delirium is beschikbaar op volgende websites: [www.deliriummodule.be](http://www.deliriummodule.be) en <https://wiki.belraai.org>

### 1 Identificeer patiënten met een verhoogd risico op delirium

1. Patiënten met cognitieve stoornissen, hersenbeschadiging of voorgeschiedenis van delirium.
2. Aanwezigheid van twee of meer van volgende risicofactoren: leeftijd  $\geq$  70 jaar, ernstige ziekte, immobiliteit, zorgafhankelijk, sensorische stoornissen (gehoor, zicht), alcohol- en/of middelenmisbruik en/of langdurig gebruik psychoactieve medicatie, polyfarmacie, dehydratie en/of malnutritie, multiple chronische aandoeningen
3. Het risico op delirium verhoogt nog bij gebruik van fysieke fixatiemiddelen, blaassondes of andere immobiliserende factoren.

### 2 Implementeer preventieve maatregelen

1. Zorg voor:
  - a. een goede vochtbalans
  - b. adequaat pijn management
  - c. sensorische stimulatie
  - d. vertrouwensklimaat en respectvolle benadering
  - e. continuïteit van zorg
2. Behandel urineretentie en faecale impactie
3. Mobiliseer patiënt zo snel als mogelijk
4. Gebruik de DOS schaal om de mentale toestand van de patiënt systematisch te evalueren (DOS schaal is beschikbaar op [www.deliriummodule.be](http://www.deliriummodule.be) module 6)

### 3 Identificeer oorzakelijke factoren

1. Onttrekkingsdelirium als gevolg van een plotse alcohol, nicotine - en/of medicatiestop (vooral benzodiazepines).
2. Multifactorieel delier meestal als gevolg van één of meerdere onderliggende somatische problemen.

### 4 Observeer en rapporteer

1. Vitale parameters, tekenen van infectie, dehydratie, pijn, glycemie, valincident
2. Bijkomende onderzoeken (anamnese, klinisch onderzoek, labo met toxicologie, urineonderzoek, radiografie, ekg) in functie van het klinisch beeld. Een goede samenwerking en communicatie tussen verpleegkundige en arts is essentieel. De verpleegkundige observaties zijn de basis voor een gerichte evaluatie door de arts.

### 5 Niet-medicamenteuze behandeling

1. Bevorder oriëntatie in tijd, plaats en persoon op de afdeling
2. Besteed de nodige aandacht aan hydratatie en voeding
3. Verminder, vervang of stop verdachte medicatie
4. zorg voor rustige omgeving, continuïteit van zorg, bril en gehoorapparaat, familiefoto's op de kamer, voldoende mobiliteit, etc...
5. Bij ernstige agitatie: patiënt kalm, duidelijk en geruststellend bejegenen; niet onbewaakt alleen laten; gebruik fysieke fixatie enkel in uiterste nood

Momenteel is er nog geen eënduidige evidentie voor een preventieve medicamenteuze behandeling van het multifactorieel delirium.