

Delirium-Prävention im perioperativen und anästhesiologischen Setting

Katharina BOSSHART-BAUMANN^a MScN; Tobias RIES GISLER^b MScN; Sandra HAUBNER^c MScN

^aUniversitätsSpital Zürich, Zentrum Klinische Pflegewissenschaft; ^bUniversitätsspital Basel, Department für Anästhesie; ^cStadtpital Triemli, Zürich, Institut für Anästhesie und Intensivpflege.

Einleitung

Postoperative Delirien betreffen bis zu 50% gewisser Patientengruppen. Sie sind assoziiert mit höherer Komplikationsrate, Hospitalisationsdauer, Mortalität und Kosten. Postoperative Delirien betreffen bis zu 50% gewisser Patientengruppen. Sie sind assoziiert mit einem Anstieg von Komplikationen, Hospitalisationsdauer, Mortalität, Kosten und Spätfolgen, z.B. kognitive Verschlechterungen oder nachfolgende Institutionalierungen [1]. Eine effektive Delirprävention vermag bis zu 35% der postoperativ auftretenden Delirien zu vermeiden [2]. Aufgrund dieser weitreichenden Folgen existieren bereits Präventionsprogramme für die Intensivstation, fehlen hingegen für die Anästhesie. Anästhesiologische Interventionen beeinflussen, verstärken und/ oder generieren Risikofaktoren, die zum Entstehen eines Delirs beitragen. Strategien, um ein postoperatives Delir zu vermeiden sind deshalb wichtig. Wir präsentieren hier Ansätze eines Delirmanagements für die Anästhesie [1].

Methode

Teilnehmende (Ärzte und Pflegenden) eines Workshops am nationalen Anästhesiekongress erhielten eine thematische Einführung zum postoperativen Delir [3]. Diese Fachpersonen erarbeiteten daraufhin Ideen zu anästhesiologischen Massnahmen und zur Umsetzung in der Praxis und diskutierten diese Resultate im Plenum bezüglich Machbarkeit.

Resultate

Die von den Teilnehmenden formulierten Ansätze einer Prävention lassen sich bündeln zu:

A ssessment:	<ul style="list-style-type: none"> • Identifiziere Risikopatienten (Screening) • Erhebe präoperativ Risikofaktoren und integriere diese in das anaesthesiologische Assessment
S edation:	<ul style="list-style-type: none"> • Hinterfrage den Gebrauch von Benzodiazepinen für die Prämedikation. • Halte die Sedationsdauer schnittstellenübergreifend so kurz als möglich. • Monitorisiere die Sedationstiefe bei Risikopatienten (BIS-Monitoring).
P erioperatives Management:	<ul style="list-style-type: none"> • Erhalte das physiologische Gleichgewicht (Ernährung, Hydrierung, Herz-Kreislauf etc.). • Hinterfrage den Einsatz von Medikamenten, die ein postoperatives Delirium auslösen können. • Sorge für eine adäquate, multimodale Schmerztherapie.
Str E ss Faktoren:	<ul style="list-style-type: none"> • Ermögliche optimale Entspannung mit gedämpftem Licht, Wärme, Musik und Ruhe.
C aring:	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstütze den Patienten im Umgang mit Stress. • Ermögliche die Anwesenheit vertrauter Personen.
Orien T ierung örtlich und zeitlich	<ul style="list-style-type: none"> • Fördere die Orientierung durch verbale und nonverbale Kommunikation (Körperkontakt).

Schlussfolgerungen

Eine gemeinsame Herangehensweise hinsichtlich Delirprävention von Fachpersonen der Anästhesie und der Intensivmedizin vereinfacht die interdisziplinäre Zusammenarbeit und erhöht die Patientensicherheit. Das neue "Bundle" könnte eine etablierte Strategie im perioperativen management für Patienten mit einem Delirrisiko werden.

Weiterführende Schritte sollten sein:

- Detailliertes Beschreiben der ASPECT-Interventionen
- Entwickeln einer evidence-basierten Richtlinie zu ASPECT.
- Evaluieren der Umsetzbarkeit des ASPECT-Bundle's in den anästhesiologischen Kontext

Diskussion

Die formulierten Ansätze einer Präventionsstrategie orientieren sich an den bekannten, auslösenden Risikofaktoren eines postoperativen Delirs. Die definierten Kategorien zeigen Analogien zum etablierten ABCDE Bundle und der American Geriatrics Society Expert Guidelines [2, 4]. Die Strategie beinhaltet sowohl pharmakologische als auch nichtpharmakologische Aspekte. Basierend auf den Resultaten des workshops formulierten wir spezifisch für den perioperativen Bereich das Interventions-"Bundle" **ASPECT**.

References

1. Dasgupta, M. and C. Brymer, *Prognosis of delirium in hospitalized elderly: worse than we thought. International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2014. **29**(5): p. 497-505.
2. American Geriatrics Society abstracted clinical practice guideline for postoperative delirium in older adults. (2015). *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(1), 142-150. doi: 10.1111/jgs.13281
3. Paulus, P.B., et al., *Asynchronous Brainstorming in an Industrial Setting: Exploratory Studies. Human Factors*, 2015. **57**(6): p. 1076-94.
4. Morandi, A., N.E. Brummel, and E.W. Ely, *Sedation, delirium and mechanical ventilation: the 'ABCDE' approach. Current opinion in critical care*, 2011. **17**(1): p. 43-9.