




ACUTE VERWARDHEID
NIET ALTIJD DEMENTIE
10 en 12/11/2015



Acute verwardheid Niet steeds dementie



Vraagstelling:

- 1) Kan elke verwardheid voorkomen worden ?
- 2) Wat kunnen we doen om te voorkomen ?
- 3) Wat kunnen we doen bij acute verwardheid ?

Acute verwardheid

Niet altijd dementie



Inhoud presentatie:

- 1) Definitie
- 2) Kliniek
- 3) Prevalentiecijfers
- 4) Risico-en uitlokkende factoren
- 5) Preventieve maatregelen
- 6) Therapeutische maatregelen
- 7) Antwoorden en vraagstelling


Acute verwardheid

Niet altijd dementie



Definitie acute verwardheid (of delirium):

- * globale psycho-organische stoornis van het cognitief functioneren met verstoord waarnemen, denken en herinneren
- * acuut begin, in principe reversibel zo oorzaak ASAP aangepakt is
- * bijna steeds te wijten aan acuut lichamelijk lijden, langdurige stress of plotse toediening/onttrekking van medicijnen, bij patiënten in een wankel fysiek en psychisch evenwicht
- * klinische maar belangrijke diagnose, geen labo-noch psychometrische testen
- * wel risicoschalen, oa bij ons gebruikte "CAM" (confusion assessment method)
- * niet onschuldig: 15-40% mortaliteit in de maand volgend op ontstaan

Acute verwardheid Niet altijd dementie 

Confusion assessment method

Kenmerk 1: acuut begin en wisselend verloop
 Kenmerk 2: concentratiestoornis
 Kenmerk 3: ongeorganiseerd denken
 Kenmerk 4: veranderd bewustzijnsniveau :alert-waakzaam-lethargisch-stupor-coma

Kenmerk 1 en 2 + 3 en/of 4 (alles wat niet alert is) = DELIER

Acute verwardheid Niet altijd dementie 


Kliniek: klassiek fluctuerend in de dag, met vaak avondlijke en nachtelijke verergering

- * gestoorde aandacht:
 - fluctuaties in bewustzijn gaande van coma tot hyperactief gedrag, afgewisseld met heldere momenten, somnolentie
- traag en inadequaat reageren
- geen gesprek mogelijk
- geen doelgerichte handelingen of denkpluizen
- snel afgeleid, of net niet af te leiden van bepaald idee/praten

Acute verwardheid Niet altijd dementie 

Kliniek:

- * verstoord slaap-waakritme:
overdag suf, avondlijk opleven met agitatie en onrust
- * geheugenstoornissen:
niet hoofdsymptoom, eerder gevolg van aandachtsprobleem
amnesie na recuperatie niet zeldzaam
- * orientatiestoornissen: tijd/ruimte en persoon
ook hier eerder tgv aandachtsprobleem
- * perceptiestoornissen: hallucinaties, illusies of waanbeelden

Acute verwardheid Niet altijd dementie 

Kliniek:

- * psychomotorische activiteit:
begin: rusteloosheid, motorische agitatie
verder toenemend delier: apathie, bewegingsarmoede,
gaande tot volledige bewegingsloosheid en stupor
stupor: bewegingsloos op bed, geen reactie op prikkels
open ogen met onpeilbare, doffe blik
- * gedachtegang en spraak: onsamenhangend
- * Stemming en affect: eufoor tot depressief, vaak erg wisselend

Acute verwardheid Niet altijd dementie



Prevalentiecijfers ????

- Geen goede studies over hoe vaak voorkomt
- Aangenomen via rapportage (MVG/MKG): ¼ van de opgenomen ouderen in een algemeen ziekenhuis vertonen acuut delier.


Acute verwardheid Niet altijd dementie



Uitlokkende factoren: zeer divers

- * inname of plots stoppen medicijnen, ethyl of drugs
- * acute ziekte: infectie, koorts
- * ionenstoornissen
- * hypoxie
- * CVA/ ICB
- * trauma
- * acuut coronair syndroom, cordecompensatie
- * opname

Acute verwardheid Niet altijd dementie



Risicofactoren:

- Opname op IZ
- Hogere leeftijd
- Cognitieve achteruitgang voorafbestaand
- Narcose

Acute verwardheid Niet altijd dementie



Preventieve maatregelen

- * goede navraag van medicatie/middelengebruik
- * oriënterende maatregelen
- * fixatie-beperking
- * zo snel en goed mogelijke behandeling fysieke problemen

Acute verwardheid

Niet altijd dementie



Therapie:

- 1) Oorzakelijk!!!!
antibiotica, O2, correcte vochtbalans, nutritie, herstarten van plots gestaakte medicatie ..
- 2) Beveiliging van patiënt, soms impliceert dit fixatie... en ook beveiligen van derden
- 3) Inlichten en geruststellen...
 - *patiënt en familie: emotionele ondersteuning, oriëntatie bieden
 - *optimaliseren omgeving: veel of weinig prikkels, sociaal contact (familie aanwezig laten zijn)
 - * best een of enkele vertrouwde verpleegkundigen die zorg op zich nemen
- 4) Farmacologische sedatie: vooral neuroleptica, soms benzodiazepines

Acute verwardheid

Niet altijd dementie



Verskil met dementie:

- * geleidelijk begin en progressieve achteruitgang
- * vooral geheugendeficit, tenzij speciale vormen, aandacht meestal behouden
- * bijkomend: oriëntatiestoornissen, praxis-en fatische stoornissen planningsstoornis
- * meestal behouden slaap-waakritme, zelden hallucinaties