

Gäller för: Verksamhet Thorax och kardiologi

Innehållsansvar: Lukas Lannemyr, (lukla), Överläkare

Godkänd av: Kristofer Skoglund, (krisk3), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-04-29

Giltig till: 2027-04-25

Delirium, förebygga och behandla

Syfte

Delirium är kopplat till ökad vårdtid, -kostnad och mortalitet. Denna rutin syftar till att ge evidensbaserade riktlinjer angående sedering och behandling av deliriösa patienter. Riktlinjerna utgår från the American College of Critical Care Medicine (ACCM), Guidelines från 2013 där ej annat anges (1).

Ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamheten kräver finns tillgängliga och att verksamheten arbetar enligt SOSFS 2011:9.

Arbetsbeskrivning

Introduktion och riskfaktorer

Ett flertal faktorer ökar risken för delirium. Bakgrundsfaktorer som ökar risken är bl a demens, hypertoni, hög sjuklighet och alkohol/drogberoende. Påverkbara faktorer listas nedan. (2)

Patienterna bör screenas regelbundet för delirium med skattningsskalor, t ex NU-DESC eller CAM-ICU. Utan screening missas upp till 75 % av deliriumfallen.

Förebygga delirium

- Sedering
 - Eftersträva lätt sedering (RASS 0- -2). Koma, även läkemedelsinducerad (tung sedering), ökar risken för delirium och är associerat till längre vårdtid. Hos patienter som kräver sedering minskar dexmedetomidin risk för delirium jämfört med midazolam (3). Vägjorda jämförelser mellan dexmedetomidin och propofol saknas.
- Mobilisering
 - Tidig mobilisering minskar både incidens och duration av delirium. (4)
- Smärta
 - Ge god smärtlindring, svår smärta ökar risk för delirium. Opioider är förstahandsval vid svår smärta. (5)
- Abstinens
 - Var observant på tidigare beroende av t ex bensodiazepiner, alkohol eller opioider. Bensodiazepiner ges vid alkoholabstinens enligt tidigare rutiner.
- Sömn
 - Minimera störningar nattetid, ge sömntabletter vid behov,

Behandling av delirium

- Ingen läkemedelsbehandling har visats minska duration av delirium.
- Haldol (haloperidol) är förstahandsmedel vid agitation. Ges som tablett eller intravenös injektion 2-5 (-10) mg, och kan upprepas vid behov.
- Nyare ”atypiska” neuroleptika som t ex Olanzapin (olanzapin), Quetiapin (quetiapin) och Risperdal (risperidon) används ibland vid delirium och agitation, men är andrahandsmedel.
- Vid ökad risk för ”Torsades de pointes” bör neuroleptika *ej* ges.
- Vid behov av tyngre sedering ges infusion av Dexdor (dexmedetomidin) i första hand eller propofol.

Referenser

1. Barr et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Crit Care Med* 2013; 41:263–306.
2. Meta-Analysis of Factors Which Influence Delirium Following Cardiac Surgery. *J Card Surg* 2012;27:481-492.
3. Riker RR, Shehabi Y, Bokesch PM, et al; SEDCOM (Safety and Efficacy of Dexmedetomidine Compared With Midazolam) Study Group: Dexmedetomidine vs midazolam for sedation of critically ill patients: A randomized trial. *JAMA* 2009; 301:489–499.
4. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, et al: Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: A randomised controlled trial. *Lancet* 2009; 373:1874– 1882.
5. Payen JF, Chanques G, Mantz J, et al: Current practices in sedation and analgesia for mechanically ventilated critically ill patients: A prospective multicenter patient-based study. *Anesthesiology*

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Thorax och kardiologi

Innehållsansvar: Lukas Lannemyr, (lukla), Överläkare

Godkänd av: Kristofer Skoglund, (krisk3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-1889

Version: 10.0

Giltig från: 2025-04-29

Giltig till: 2027-04-25