

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ДЕЛИРИУМ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при делириум.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при делириум е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при делириум по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-3136/1
09 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Делириум

Дијагноза, превенција и третман

Објавено: јули 2010 год.

NICE клинички упатства 103
guidance.nice.org.uk/cg103

Содржина

Вовед	1
Грижа насочена кон пациентот	3
Клучни приоритети за имплементација	4
1. Упатство	6
1.1 Проценка на ризик фактори	6
1.2 Индикатори на делириум: при прием	6
1.3 Интервенции за превенција на делириум	7
1.4 Индикатори на делириум: дневни опсервации	9
1.5 Дијагноза (специјалистичка клиничка проценка)	9
1.6 Третман на делириум	9
1.7 Информации и поддршка	10
2. Забелешки за обемот на упатството	11
3. Имплементација	12
4. Препораки за истражување	13
4.2 Фармаколошка терапија	13
4.3 Повеќекомпонентна интервенција	13
4.4 Делириум во институции за долгорочна нега	14
4.5 Едукативна програма	14
5. Други верзии на ова упатство	15
5.1 Цело упатство	15
5.2 Брз водич со референци	15
5.3 Информации за јавноста	15
6. Сродни NICE упатства	16
7. Ажурирање на упатството	17
Додаток А: Група за развој на упатството, Национален центар за соработка и NICE проектен тим	18
Група за развој на упатството	18
NCGC проектен тим	18
NICE проектен тим	18
Додаток Ц: Алгоритми	20
Во врска со ова упатство	21

Вовед

Делириум (понекогаш нарекувано и 'акутна конфузна состојба') е заеднички клинички синдром кој се карактеризира со нарушена свест, когнитивна функција или перцепција, кој има акутен почеток и флукуирачки тек. Тој обично се развива во текот на 1-2 дена. Тоа е сериозна состојба, која се поврзува со лоша прогноза. Сепак, таа може да се спречи и да се третира ако навремено се препознае.

Едно лице може веќе да има делириум кога доаѓа во болница или во институција за долгорочна нега или делириум може да се развие за време на престојот во болница или во институцијата за нега. Делириумот може да се јави како хипо или хиперактивна форма, но некои луѓе покажуваат знаци на двете (мешан тип). Луѓето со хиперактивен делириум имаат значајно зголемена возбуда и може да бидат немирни, вознемирени и агресивни. Луѓето со хипоактивен делириум се повлечени, тивки и поспани. Хипоактивен и мешан тип на делириум може да биде потешко да се препознаат.

Може да биде тешко да се направи разлика помеѓу делириум и деменција, а некои луѓе може да ги имаат и двете состојби. Ако постои клиничка несигурност во текот на дијагнозата, лицето треба првично да се третира за делириум.

Постарите лица и лицата со деменција, со тешка болест или со фрактура на колкот, се повеќе изложени на ризик од делириум. Преваленцата на делириум кај луѓето лекувани во болничките одделенија изнесува околу 20 % до 30%, а 10% до 50% од луѓето кои имаат хируршка интервенција може да развијат делириум. Во институциите за долгорочна нега преваленцата е под 20%. Но, пријавувањето на делириум во Велика Британија е слабо, што покажува дека свеста и постапките на пријавување треба да се подобрат.

Постои значително оптоварување, поврзано со оваа состојба. Во споредба со луѓето кои не развиваат делириум, лицата кај кои ќе се развие делириум може да:

- Треба да останат подолго во болница или во интензивна нега.
- Имаат зголемена инциденца на деменција.
- Имаат повеќе болнички-стекнати компликации, како што се декубитални рани.
- Има поголема веројатност дека треба да бидат примени во институции за нега.
- Доколку се во болница, има поголема веројатност да умрат.

Ова клиничко упатство опишува методи за спречување, дијагностицирање и лекување на делириум. Особено се фокусира на спречување на делириум кај луѓето кои се идентификувани како лица изложени на ризик, со користење на насочени, повеќефакторијални, нефармаколошки интервенции кои го адресираат бројот на факторите на ризик ("клинички фактори").

Ако делириум се спречи, тоа треба да генерира заштеда на трошоците.

Ова упатство не ги покрива децата и младите (помлади од 18 години), луѓето кои добиваат грижа на крајот на животот или луѓето со интоксикација и/или апстиненција од дрога или алкохол и лицата со делириум, поврзани со овие состојби. За повеќе информации, видете го делот 2 Забелешки за делокругот на упатството.

Упатството ќе претпостави дека лицата кои препишуваат лекови, ги користат упатствата за употреба на лековите, да ги информира лицата при донесување на одлуките.

Грижа насочена кон пациентот

Ова упатство нуди најдобри практични совети за превенција на делириум кај возрасни кои се во болница или во институции за долгорочна нега, а кои се изложени на ризик од делириум, како и за грижата на лицата кои развиле делириум во болница или во институција за нега.

Третманот и негата треба да ги имаат во предвид потребите и желбите на луѓето. Луѓето со делириум или изложени на ризик од делириум треба да имаат можност да донесуваат информирани одлуки за нивната грижа и третман, во соработка со здравствените професионалци. Ако пациентите немаат капацитет да донесуваат одлуки, здравствените работници треба да ги следат: код на праксата која го придружува Законот за ментална способност и Совет за согласност на Одделението за здравство. Во Велс, здравствените работници треба да го следат советот за согласност од велшката Влада.

Добрата комуникација помеѓу здравствените работници и лицата за кои тие се грижат е од суштинско значење. Таа треба да биде поткрепена со писмени информации, базирани на докази и прилагодени на потребите на лицето. Третманот и грижата и информациите, дадени во врска со нив, треба да бидат соодветни на културното ниво на луѓето. Тие, исто така, треба да бидат достапни за луѓето со посебни потреби, како што се лицата со физички, ментални или со тешкотии во учењето, како и за луѓето кои не зборуваат или не знаат да читаат англиски.

Ако лицето се согласи, семејствата и негувателите треба да имаат можност да бидат вклучени во одлуките за третман и нега.

Семејствата и негувателите, исто така, треба да добијат информации и поддршка.

Клучни приоритети за имплементација

Проценка на ризик фактори

- Кога лицата прв пат се јавуваат во болница или во институција за нега, проценете ги дали ги имаат следниве ризик фактори . Ако кој било од овие ризик фактори постојат, лицето е во ризик од делириум.
 - Возраст 65 години и повеќе.
 - Когнитивно засегање (минато или сегашно) и/или деменција^[1]. Ако нарушувањето на когнитивниот процес е суспектно, потврдете го тоа преку користење на стандардизирана и валоризирана мерка за когнитивно нарушување.
 - Моментална скршеница на колкот.
 - Тешка болест (клиничка состојба која се влошува или има ризик да се влоши)^[2].

Индикатори на делириум: при прием

- При прием, проценете ги лицата со ризик од скорешни (во рок од неколку часа или дена) промени или флукуации во однесувањето. Тоа може да биде пријавено од самиот пациент, од негов роднина или негувател. Бидете особено внимателни при однесување кое индицира хипоактивен делириум (означено*). Овие промени во однесувањето можат да влијаат на:
 - Когнитивната функција: на пример, влошена концентрација*, спори одговори*, конфузија.
 - Перцепцијата: на пример, визуелни или слушни халуцинации.
 - Моторната функција: на пример, намалена мобилност*, намалено движење*, немир, агитација, нарушен апетит*, нарушен сон.
 - Социјално однесување: на пример, недостиг на соработка со соодветни одговори, повлекување*, нарушена комуникација, расположение и/или став.

Ако кое било од овие нарушувања на однесувањето е присутно, здравствениот работник кој е обучен и компетентен за дијагноза на делириум, треба да направи клиничка проценка да се потврди дијагнозата.

Интервенции за превенција на делириум

- Лицата кои се во ризик за делириум, треба да се згрижуваат од тим на здравствени работници кои се запознаени со нив. Според тоа, избегнувајте преместување на лицата од една во друга соба на одделението или од едно на друго одделение, освен доколку тоа е апсолутно неопходно.
- Дадете пакет од интервенции и тоа:
 - Во рок од 24 часа по приемот, проценете ги лицата кои имаат ризик за клинички фактори кои одат во прилог на делириум.
 - Врз основа на резултатите од оваа проценка, дадете повеќекомпонентна интервенција која е поврзана со индивидуалните потреби и со местото на нега, како што е опишано во препораките 1.3.3.1–1.3.3.10.
- Овој пакет на повеќекомпонентни интервенции треба да биде спроведен од мултидисциплинарен тим кој е обучен и компетентен за превенција на делириум.

Дијагноза (специјалистичка клиничка проценка)

- Доколку се идентификуваат знаци на делириум, направете клиничка проценка, заснована на критериуми наведени во „Дијагностички и статистички прирачник за ментални нарушувања“ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -DSM-IV) или со метод за кратка проценка на конфузија (short Confusion Assessment Method - short CAM) за да се потврди дијагнозата. На оддел за интензивна нега или во соба за будење по операција CAM-ICU треба да се користи. Здравствениот персонал кој е обучен и компетентен за дијагноза на делириум треба да ја изведе проценката. Доколку постои тешкотија во разликувањето на делириум, деменција или делириум кој се јавил кај веќе постоечка деменција, треба да се третира прво делириумот.
- Осигурете дека поставената дијагноза на делириум е документирана во историјата на болеста и во здравствениот картон на пациентот.

Иницијален третман

- Кај лице со дијагностициран делириум, идентификувајте и, доколку е потребно, третирајте ја евентуалната основна причина или комбинација на причини.
- Обезбедете ефективна комуникација и реориентација (на пример, објаснете каде се наоѓа лицето, кое е и која е вашата улога), како и охрабрување за лицата со дијагностициран делириум. Размислете да ја вклучите и фамилијата, пријателите и негувателите да помогнат. Обезбедете пригодна средина за грижа (види препорака 1.3.1).

Вознемирени лица

- Ако лицето со делириум е вознемирено или е со ризик за себе или за другите и доколку притоа вербалните и невербалните техники за смирување се неефективни или несоодветни, размислете за краткотрајно давање (вообичаено една недела или помалку) на халоперидол^[3] или оланзапин^[3]. Почнете со најниска клинички соодветна доза и титрирајте ја внимателно во зависност од симптомите.

[1] Ако постои сомневање за деменција, обратете се за повеќе информации околу дијагнозата, третманот и грижата на лица со деменција, во 'Деменција: поддршка на лицата со деменција и нивните негуватели во здравствената и во социјалната грижа' (NICE клиничко упатство 42).

[2] За повеќе информации во врска со препознавање и реагирање кон акутна болест кај пациенти во болница, видете 'Акутно болни пациенти во болница' (NICE клиничко упатство 50).

[3] Халоперидол и оланзапин за оваа индикација немаат авторизација на пазарот во Велика Британија.

1. Упатство

Ова упатство се базира на најдобрите достапни докази. Целосното упатство дава детали за методите и доказите кои се користени за негово изготвување.

Групата за изработка на упатството ги користи следниве дефиниции во ова упатство.

- Хиперактивен делириум: поттип на делириум кој се карактеризира со зголемена возбуда и лицето може да биде немирно, вознемирено или агресивно.
- Хипоактивен делириум: поттип на делириум кога луѓето стануваат повлечени, тивки и поспани.
- Мултидисциплинарен тим: тим на здравствени работници со различни клинички вештини, потребни за да понудат комплетна грижа за луѓето со сложени проблеми како што е делириумот.
- Долгорочна нега: нега во домот која може да вклучува квалификувана медицинска нега и помош со секојдневните активности. Ова вклучува старечки домови и станбени куќи.

Помислете на делириум

Бидете свесни дека лицата кои се во болница или во институции за долгорочна нега може да имаат ризик за делириум. Ова може да има сериозни последици (како зголемен ризик за деменција и/или смрт) и, кај луѓето во болница, може да биде зголемена должината на нивниот болнички престој, како и да се зголеми ризикот за нов прием во институција за долгорочна нега.

1.1 Проценка на ризик фактори

1.1.1 При прием на луѓето болница или на долгорочна нега, проценете за постоење на следниве фактори на ризик. Ако кој било од овие фактори е присутен, лицето е во опасност од делириум.

- Возраст од 65 години или постари.
- Когнитивни нарушувања (поранешни или сегашни) и/или деменција. ^[4] Ако постои сомневање за когнитивно оштетување потврдете го тоа со користење на стандардизирани и потврдени мерки за когнитивно оштетување.
- Моментална фрактура на колкот.
- Тешка болест (клиничката состојба која се влошува или е во опасност од влошување)^[5].

1.1.2 Набљудувајте ги луѓето постојано за какви било промени во факторите на ризик за делириум.

1.2 Индикатори на делириум: при прием

1.2.1 При прием, треба да се проценат луѓето изложени на ризик за неодамнешните (во текот на неколку часа или дена) промени или флукуации во однесувањето. Промените можат да бидат пријавени од страна на лицето под ризик или на

неговиот негувател или роднина. Треба да се биде особено внимателен за однесувањето кое укажува на хипоактивен делириум (означено со *). Овие промени во однесувањето можат да ја засегнат:

- Когнитивната функција: на пример, се влошила концентрацијата*, бавни одговори*, конфузија.
- Перцепцијата: на пример, визуелни или аудитивни халуцинации.
- Моторната функција: на пример, намалената мобилност *, намалено движење*, немир, нервоза, промени во апетитот*, нарушување на сонот.
- Социјалното однесување: на пример, недостаток на соработка, повлекување* или промени во комуникацијата, во расположението и/или ставот.

Ако кој било од овие промени во однесувањето се присутни, од страна на здравствениот професионалец кој е обучен и компетентен во дијагностицирање на делириум, треба да се спроведе клиничка проценка за да се потврди дијагнозата.

1.3 Интервенции за превенција на делириум

1.3.1 Лицата кои се во ризик за делириум, треба да се згрижуваат од тим на здравствени работници кои се запознаени со нив. Според тоа, избегнувајте преместување на лицата од една во друга соба на одделението или од едно на друго одделение, освен доколку тоа е апсолутно неопходно.

1.3.2. Дадете пакет од интервенции кој е прилагоден и составен од повеќе компоненти и тоа:

- Во рок од 24 часа по приемот, проценете ги лицата кои имаат ризик за клинички фактори кои одат во прилог на делириум.
- Врз основа на резултатите од оваа проценка, дадете прилагоден пакет на интервенции, составен од повеќе компоненти, кој е поврзан со индивидуалните потреби и со местото на нега, како што е опишано во препораките 1.3.3.1–1.3.3.10.

1.3.3 Пакетот на интервенции треба да биде спроведен од страна на мултидисциплинарен тим кој е обучен и компетентен за превенција на делириум.

1.3.3.1 Пристап кон когнитивното оштетување и/или дезориентација преку:

- Обезбедување на соодветно осветлување и јасни знаци; часовникот (треба се разгледа обезбедување на 24-часовен часовник на одделот за интензивна нега) и календарот, исто така, треба да бидат лесно видливи за лицето со ризик.
- Разговарање со лицата да се реориентираат со објаснување каде се, кои се тие и она што е вашата улога.
- Воведување на когнитивно стимулирачки активности (на пример, реминисценција).
- Олеснување на редовните посети од семејството и од пријателите.

1.3.3.2 Пристап кон дехидратација и/или опстипација преку:

- Обезбедување на соодветен внес на течности за да се спречи дехидратација преку поттикнување на лицето да пие- ако е потребно разгледајте ја можноста за внес на течности поткожно или интравенски.
- Консултирајте се ако е потребно при регулирање на балансот на течности кај луѓето со коморбидитети (на пример, срцева слабост или хронична бубрежна болест).

1.3.3.3 Проценете дали постои хипоксија и, доколку е потребно, оптимизирајте ја кислородната сатурација, како што е клинички соодветно.

1.3.3.4 Пристап кон инфекција преку:

- Барање на инфекција и третман доколку таа постои.
- Избегнување на непотребна катетеризација.
- Спроведување на процедурите за контрола на инфекција во согласност со Контрола на инфекција (NICE клиничко упатство 2).

1.3.3.5 Решавање на неподвижноста или ограничената подвижност на пациентот преку:

- Охрабрување на луѓето да:
 - Се мобилизираат бргу по операција.
 - Одат (и со користење на соодветни помагала ако е потребно- тие треба да бидат достапни цело време).
- Поттикнување на сите луѓе, вклучувајќи ги и неподвижните, да прават активни вежби во рамките на можноста за движење.

1.3.3.6 Справување со болка преку:

- Проценка за болката.
- Барање на невербални знаци на болка особени кај лица со тешкотии во говорот (на пример, лица со тешкотии во учењето или деменција или лица на механичка вентилација или кои имаат трахеостома).
- Започнување и следење на соодветен третман за болка кај лица каде болката е откриена или суспектна.

1.3.3.7 Преглед на терапијата кај луѓето што примаат повеќе лекови, земајќи ги во предвид видот и бројот на лекови.

1.3.3.8 Справување со лоша исхрана преку:

- Следење на упатствата за исхрана, дадени во Нутритивна поддршка кај возрасни (NICE клинички упатство 32).
- Ако луѓето имаат протези, уверете се дека тие правилно се наместени и вклопени.

1.3.3.9 Спрваување со сензорни оштетувања преку:

- Решавање на сите реверзибилни причини за оштетувањето, како што е опструкција на ушен канал со церумен.
- Обезбедување дека сите визуелни и слушни помагала се достапни, исправни и се користат од лицата на кои им се потребни.

1.3.3.10 Промовирање на добри навики на спиење^[6] преку:

- Избегнување на нега или медицински процедури во текот на часовите за спиење, ако е можно.
- Распоред на терапијата за да се овозможи непречено спиење.
- Намалување на врева до минимум во текот на периодот за спиење.

1.4. Индикатори на делириум: дневни опсервации

1.4.1 Набљудувајте ги, најмалку еднаш дневно, сите лица во болницата или во институцијата за нега за постоење на скорешни (во тек на неколку часови или денови) промени или флукуации во однесувањето (види препорака 1.2.1). Тие промени може да бидат пријавени од самото лице во ризик, од неговите роднини или негуватели. Доколку каква било промена на однесувањето се забележи, здравствен работник кој е обучен и компетентен за дијагноза на делириум, треба да направи клиничка проценка за да ја потврди дијагнозата.

1.5 Дијагноза (специјалистичка клиничка проценка)

1.5.1 Доколку се идентификуваат знаци на делириум, направете клиничка проценка, заснована на критериуми наведени во „Дијагностички и статистички прирачник за ментални нарушувања“ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV) или со метод за кратка проценка на конфузија (short Confusion Assessment Method -short CAM) за да се потврди дијагнозата. На оддел за интензивна нега или во соба за будење по операција CAM-ICU треба да се користи. Здравствениот персонал кој е обучен и компетентен за дијагноза на делириум треба да ја изведе проценката. Доколку постои тешкотија во разликување на делириум, деменција или делириум кој се јавил кај веќе постоечка деменција, треба да се третира прво делириумот.

1.5.2 Осигурете се дека поставената дијагноза на делириум е документирана во историјата на болеста и во здравствениот картон на пациентот.

1.6 Третман на делириум

Иницијален пристап

1.6.1 Кај лицата со дијагностициран делириум, откријте ги и лекувајте ги основната причина или комбинација на причини.

1.6.2 Обезбедете ефективна комуникација и реориентација (на пример, објаснете каде се наоѓа лицето, кое е и која е вашата улога), како и охрабрување за лицата со дијагностициран делириум. Размислете да ја вклучите и фамилијата, пријателите и негувателите да помогнат. Обезбедете пригодна средина за грижа (види препорака 1.3.1).

Вознемирени луѓе

1.6.3 Ако лицето со делириум е вознемирено или претставува ризик за себе или за другите, прво применете вербални и невербални техники за смирување на ситуацијата. За повеќе информации за техники на смирување, видете Насилство

(NICE клиничко упатство 25). Вознемиреноста може да е помалку евидентна кај луѓе со хипоактивен делириум кои, сепак, може да бидат вознемирени на пример со психотични симптоми.

- 1.6.4 Ако лицето со делириум е вознемирено или е со ризик за себе или за другите и доколку притоа вербалните и невербалните техники за смирување се неефективни или несоодветни, размислете за краткотрајно давање (вообичаено една недела или помалку) на халоперидол[3] или оланзапин[3]. Почнете со најниска клинички соодветна доза и титрирајте ја внимателно во зависност од симптомите.
- 1.6.5 Применете антипсихотични лекови со претпазливост или воопшто не ги давајте кај лица со состојби како Паркинсонова болест или деменција со Левај телца (Lewy bodies) [8].

Ако делириумот не се повлече

- 1.6.6 Ако кај лицето делириумот не се повлече:
- Повторно треба да се оцени за основните причини.
 - Следење и проценка за можна деменција [9].

1.7 Информации и поддршка

- 1.7.1 Дадете им информации на луѓето кои се изложени на ризик од делириум или кои имаат делириум, на нивните семејства и/или негуватели, кои:
- Ги информираат дека делириумот е честа појава, обично привремена.
 - Опишуваат луѓе со искуство на делириум.
 - Ги поттикнуваат луѓето изложени на ризик, нивните семејства и/или негувателите да кажат на медицинскиот тим за секоја ненадејна промена или флукуации во однесувањето.
 - Го поттикнуваат лицето кое имало делириум да го сподели своето искуство на делириум со стручните медицински лица за време на заздравувањето.
 - Го советуваат лицето во групите на поддршка.
- 1.7.2 Уверете се дека информациите се даваат во согласност со културните, когнитивните и јазичните потреби на луѓето.

[4] Ако деменцијата е суспектна, обратете се за дополнителни информации за дијагноза, третман и грижа на лица со деменција во 'Деменција: поддршка на лица со деменција и на нивните негуватели во здравствената и социјалната заштита' (NICE клиничко упатство 42).

[5] За повеќе информации за препознавање и одговор кон акутна болест кај возрасни во болница видете во 'акутно болни пациенти во болница' (NICE клиничко упатство 50).

[6] За повеќе информации за хигиена на сонот видете 'Паркинсонова болест' (NICE клиничко упатство 35).

[7] Халоперидол и оланзапин за оваа индикација немаат авторизација на пазарот во Велика Британија.

[8] Повеќе информации за употреба на антипсихотици за овие состојби видете во 'Паркинсонова болест' (NICE клиничко упатство 35) и 'Деменција' (NICE клиничко упатство 42).

[9] Повеќе информации за деменција, видете во 'Деменција' (NICE клиничко упатство 42).

2. Забелешки за обемот на упатството

NICE упатството е изготвено во согласност со целта која одредува што ова упатство ќе покрие, а што нема. Опфатот на ова упатство е на располагање - кликнете на „[Како ова упатство е изготвено](#)“.

Одделението за здравство побара од NICE:

"Да се подготви клиничко упатство за дијагноза, превенција и справување со делириум".

Групи кои ќе бидат опфатени:

- Возрасни (18 години и постари) во болница.
- Возрасни (18 години и постари) во институција за долгорочна нега.

Групи кои нема да бидат покриени:

- Децата и младите (помлади од 18 години).
- Луѓе кои добиваат нега на крајот на животот.
- Луѓе со интоксикација и/или рехабилитација од дрога или алкохол и луѓе со делириум, поврзан со овие состојби.

Како беше изготвено ова упатство

NICE го овласти Националниот центар за клинички упатства (NCGC) да го изготви ова упатство. Центарот основа група за изработка (види [Додаток А](#)), која ги разгледа доказите и ги изработи препораките. Независен панел за рецензија го надгледуваше развојот на упатството (види [Додаток Б](#)).

Повеќе информации за тоа како NICE клиничките упатства се развиени има на веб страницата. Исто така, на располагање е и брошура, „Како NICE клиничките упатства се изготвени: осврт за заинтересираните страни, јавноста и здравствениот сектор“.

3. Имплементација

NICE има изготвено алатки кои ќе им помогнат на организациите во спроведување на ова упатство.

4. Препораки за истражување

Групата за изготвување на ова упатство ги дава следниве препораки за истражување, врз основа на разгледување на доказите, а со цел да се подобри NICE прирачникот и грижата за пациентите во иднина. Целосниот сет на препораките за истражување се детално опишани во целосната верзија на упатството (види дел 5).

4.2 Фармаколошка терапија

Кај луѓето во болница кои имаат делириум, кој е најефективниот лек (атипични антипсихотици, типични антипсихотици или бензодиазепини), во споредба со плацебо или едни со други за лекување на делириум?

Зошто е ова важно

Фармаколошки интервенции во моментот се користат во клиничката практика за да се справат со симптомите на делириум, но доказите за тоа се ограничени. Една умерено квалитетна студија покажа дека типични и атипични антипсихотици се клинички ефикасни во споредба со плацебо, но не постои доказ за бензодиазепини. Фармаколошките агенсии кои го менуваат текот на делириумот или ги контролираат одредени симптоми, може да бидат корисни во лекување на делириум, но треба да се утврди дали лекот треба да се даде рутински или за избраните симптоми и кои несакани ефекти може да се случат. Голема рандомизирана студија (со најмалку 100 луѓе во секој примерок) треба да се спроведе кај луѓето во болница со делириум за да се споредат атипични антипсихотици, типични антипсихотици или бензодиазепини со плацебо или едни со други, за третман на делириум. Исходот треба да биде закрепнување од делириум (целосен одговор на терапија), времетраењето и тежината на делириумот, мерено со користење на проверена дијагностичка алатка. Исто така, треба да се евидентираат и несакани дејства, особено екстрапираמידални симптоми и мозочен удар.

4.3 Повеќекомпонентна интервенција

Кај луѓето во институција за долгорочна нега, дали нефармаколошка повеќекомпонентна интервенција е повеќе исплатлива клинички и по однос на трошоците отколку вообичаената нега за превенција на развој на делириум?

Зошто е ова важно

Иако постојат умерено квалитетни докази за клиничката и за ефективноста на трошоците на повеќекомпонентна интервенција за превенција на делириум кај луѓето во болница, не постои доказ за оние во институции за долгорочна нега. Се очекува дека таквата интервенција би имала корист кај оваа популација. Голема рандомизирана студија или голема кластер рандомизирана студија треба да се спроведе кај луѓето на долгорочна нега за да се спореди една повеќекомпонентна интервенција со вообичаената нега. Интервенцијата треба да вклучува проценка од страна на обучени и компетентни стручни медицински лица кои ќе препорачаат мерки прилагодени на потребите на лицето. Интервенцијата треба да вклучува препорачани постапки за да се спречи делириум, особено реориентација, преглед на лекови, хидратација и хигиена на

спиене. Примарната цел на студијата треба да биде на инциденцата на делириум која ќе се мери најмалку еднаш во денот со користење на правилна дијагностичка алатка. Сериозноста и времетраењето на делириум, исто така, треба да се евидентираат со користење на потврдена алатка, заедно со последиците од делириум, вклучувајќи и болничко лекување.

4.4 Делириум во институции за долгорочна нега

Колку е чест делириумот и кои се несаканите последици кај лицата во институција за долгорочна нега?

Зошто е ова важно

Иако постојат докази за несакани исходи кои се последица на делириум кај луѓето во болница, има многу малку докази за оние во институции за долгорочна нега. Важно е да се утврди дали луѓето во долгорочна нега, кои веќе имаат висок ризик од смрт, деменција и други несакани исходи, имаат дополнително зголемен ризик за овие последици, доколку тие развијат делириум. Ризикот за прием во болница како последица на делириум е исто така непознат. Голема кохортна студија треба да се спроведе кај луѓето во долгорочна нега за да се утврди:

- Преваленцата на делириум во овие услови.
- Дали присуството на делириум е прогностички фактор за смрт, деменција, прием во болница, пад и други несакани исходи.

Во мултиваријантната анализа, спроведена во оваа студија, треба да се земат во предвид потенцијалните значајни фактори на ризик и изненадувачките фактори, идентификувани во упатството. Таквата студија, исто така, ќе информира за исплатливоста на превенцијата и третманот на делириумот.

4.5 Едукативна програма

Дали со програма за едукација на кадри (во споредба со едукативна брошура или вообичаената нега) ќе се намали инциденцата на делириум и ќе се подобри препознавањето и пријавувањето на делириум кај луѓето во болница?

Зошто е ова важно

Постојат некои докази од повеќекомпонентни студии за превенција кои укажуваат на тоа дека едукативна програма за здравствените работници кои се грижат за луѓето изложени на ризик од делириум ја редуцира инциденцата на делириум. Сепак, квалитетот на овие докази е слаб. Постои потреба да се утврди дали образованието има важен превентивен ефект врз инциденцата на делириум. Исто така, постои потреба да се дознае дали образовна програма ја зголемува свеста за делириум, така што делириум е точно пријавен, што во моментов не е случај во Велика Британија. Кластер рандомизирана студија треба да се спроведе со цели болници рандомизирани во едукативни интервенции (со што се намалуваат контаминираните ефекти од персоналот кој научува преку колегите рандомизирани во едукативната група). Основните цели на студијата (инциденца на делириум и пријавување на делириум во здравствениот картон на лицето) треба да се мерат во минимум три временски точки пред и по интервенцијата.

5. Други верзии на ова упатство

5.1 Цело упатство

Целосното упатство 'Делириум: дијагноза, превенција и третман' содржи детали за методите и за доказите кои се користени за да се изготви ова упатство. Тоа е издадено од NCGC и е достапно на нашата [веб страница](#).

5.2 Брз водич со референци

Брз водич со референци за здравствените работници е [достапен](#).

5.3 Информации за јавноста

NICE има изготвено информации за јавноста кои го објаснуваат ова упатство.

Ги охрабруваме лицата од националниот здравствен систем и волонтерските организации да го користат текстот од овие информации при изготвување на нивните материјали за делириум.

6. Сродни NICE упатства

Издадени

- Нарушувања од употреба на алкохол. NICE клиничко упатство 100 (2010).
- Донепезил, галантамин, ривастигмин (преглед) и мемантин за третман на Алцхајмерова болест (изменето). NICE технолошко оценување 111 (2009).
- Шизофренија. NICE клиничко упатство 82 (2009).
- Инфекција на оперативно место. NICE клиничко упатство 74 (2008).
- Злоупотреба на лекови. NICE клиничко упатство 52 (2007).
- Акутно болни пациенти во болница. NICE клиничко упатство 50 (2007).
- Деменција. NICE клиничко упатство 42 (2006).
- Паркинсонова болест. NICE клиничко упатство 35 (2006).
- Нутритивна поддршка кај возрасни. NICE клиничко упатство 32 (2006).
- Насилство. NICE клиничко упатство 25 (2005).
- Падови. NICE клиничко упатство 21 (2004).
- Контрола на инфекција. NICE клиничко упатство 2 (2003).
- Алкохолна зависност и штетна употреба на алкохол. NICE клиничко упатство 115 (2011).

7. Ажурирање на упатството

NICE клиничките упатства се ажурираат така што препораките ги земат во предвид важните нови информации. Новите докази се проверуваат секои 3 години по објавувањето, а од здравствените работници и пациентите се бараат мислења, ние ги користиме овие информации за да одлучиме дали цело или дел од упатството треба да се ажурира. Ако во меѓувреме се објават важни нови докази, ние може да одлучиме побрзо да се ажурираат некои препораки. Ве молиме погледнете го нашиот веб-сајт за повеќе информации околу ажурирање на упатството.

Додаток А: Група за развој на упатството, Национален центар за соработка и NICE проектен тим

Група за развој на упатството

(15 члена, податоци за членовите може да се најдат на NICE клиничко упатство 103 guidance.nice.org.uk/cg103).

NCGC проектен тим

(11 члена, податоци за членовите може да се најдат на NICE клиничко упатство 103 guidance.nice.org.uk/cg103).

NICE проектен тим

(10 члена, податоци за членовите може да се најдат на NICE клиничко упатство 103 guidance.nice.org.uk/cg103).

Додаток Б: Комисија за ревизија на упатството

Комисијата за ревизија на упатството е независна комисија која го надгледува развојот на упатствата и ја презема одговорноста за следење на придржувањето кон развојните процеси на NICE упатството. Особено панелот гарантира дека нивните коментари се соодветно земени во предвид и кон нив е соодветно одговорено. Панелот вклучува членови од следниве профили: примарна здравствена заштита, секундарна здравствена заштита, хоспитална нега, јавното здравје и индустрија.

(5 члена, податоци за членовите може да се најдат на NICE клиничко упатство 103 guidance.nice.org.uk/cg103).

Додаток Ц: Алгоритми

Има патека за грижа за делириум во брзиот водич со референци.

Во врска со ова упатство

NICE клиничките упатства се препораки за третман и нега на лицата со посебни болести и состојби во здравствениот систем (NHS) во Англија и во Велс.

Прирачникот е изработен од страна на Националниот центар за соработка за акутни и хронични состојби. Овој центар работеше со група здравствени работници (вклучувајќи консултанти, општи лекари и медицински сестри), пациенти и негуватели и технички персонал, кои ги разгледаа доказите и ги подготвија препораките. Препораките беа финализирани по јавни консултации.

Методите и процесите на изготвување на NICE клиничките упатства се опишани во Водичот за упатството.

Имаме изготвено информации за јавноста, објаснувајќи го ова упатство. Алатки за да ви помогнат да се имплементира упатството во пракса и информации за доказите на кои се базира, се исто така достапни.

Промени по издавањето

Јануари 2012: мали промени.

Мај 2013: мали промени.

Ваша одговорност

Ова упатство го претставува гледиштето на NICE, кое се формираше по внимателно разгледување на доказите кои стојат на располагање. Од здравствените работници се очекува да го земат целосно во предвид при остварувањето на нивните клинички проценки и практики. Сепак, упатството не ја отфрла индивидуалната одговорност на здравствените работници при носењето соодветни одлуки, согласно со околностите на пациентот, во консултација со пациентот и/или старателот или негувателот кои се информирани за особините на кои било лекови за кои се размислува да бидат применети.

Примената на овој прирачник е одговорност на локалните членови на комисијата и/или на давателите на услуги. Членовите на комисијата и давателите на услуги се потсетуваат дека е нивна одговорност за спроведување на препораките, во нивниот локален контекст, како дел од нивните должности за да се избегне незаконска дискриминација и да се има во предвид промовирање на еднаквост на можностите. Ништо во ова упатство не треба да се толкува на начин кој е несоодветен на усогласеноста со тие должности.

Авторски права

© Национален институт за здравје и клиничка извонредност 2009. Сите права задржани. Авторските права на NICE за материјалот можат да се преземат за приватно истражување и студирање и можат да бидат репродуцирани за едукативни и непрофитни цели. Никаква репродукција од или за комерцијални организации или за комерцијални цели не е дозволена без писмена дозвола од NICE.

NICE контакт

National Institute for Health and Clinical Excellence
Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza, Manchester M1 4BT

www.nice.org.uk
nice@nice.org.uk
0845 003 7780