

# Delir ABC

## Universitärer Geriatrie-Verbund Zürich



**USZ** Universitäts  
Spital Zürich



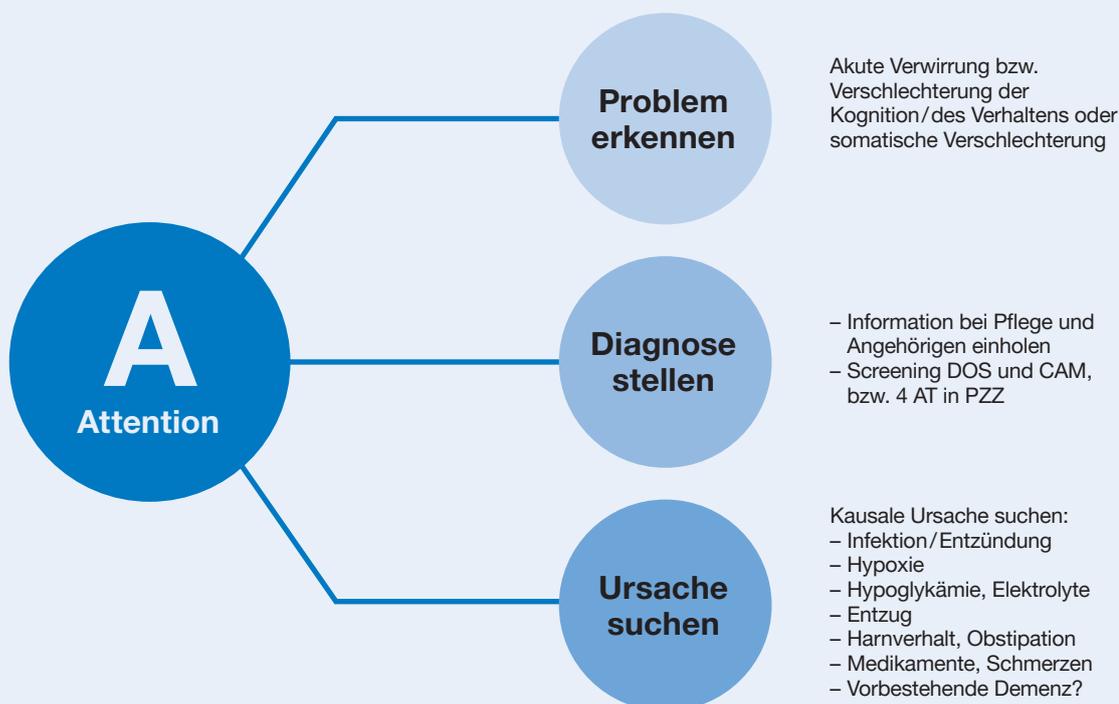
Stadtspital Zürich



Stadt Zürich  
Gesundheitszentren für das Alter

**Koordination:** Dr. Tatjana Meyer-Heim Leitung Delir-Management Universitäre Klinik für Altersmedizin, Stadtspital Zürich

Diese Unterlagen wurden für die Verwendung im Universitären Geriatrie-Verbund Zürich erstellt. Der Universitäre Geriatrie-Verbund Zürich haftet nicht für Schäden, welche in Zusammenhang mit der Verwendung dieser Unterlagen in Ihrer Institution entstehen. Dokumente, welche auf Basis der Universitären Geriatrie-Verbund Zürich eigenen Unterlagen erstellt werden, müssen diese Grundlage im Sinne einer Referenzierung deklarieren. Erstellt Oktober 2020.



# C Consider

## Tages- ablauf

- Wenn möglich Kontinuität der Betreuungsperson
- Regelmässige Mobilisation
- Angepasste Therapien (Physio/Ergo)

## Kommuni- kation

- Langsames Sprechen in einfachen Sätzen
- Nicht argumentieren, sondern beruhigen und validieren
- Angehörige involvieren

## Adaptation Umfeld

- Rückzugsmöglichkeiten schaffen
- Reorientierende Massnahmen
- Entfernen von potentiellen Verletzungsquellen

# D Drugs

Medikament	Übliche Erstdosierung /24 h	Eigenschaften
Quetiapin® 5 mg Kps. oder Sequase® (Quetiapin) 25 mg Tbl.	Bis 4 x 5 mg 6.25 – 12.5 – 25 mg max. 50 mg	<b>1. Wahl</b> Atypisches Neuroleptikum, leicht sedierend, gut verträglich bei Parkinson/Lewybody-Erkrankung. T max: 1.5 h HWZ: 6–11 h
Haldol® (Haloperidol) Trpf. 2 mg/ml (1 Tropf = 0.1 mg)	3 – 5 –10 Tropfen 2 x tgl 5–10 Tropfen bei Bedarf zusätzlich alle 4 Stunden <sup>2</sup> max. 2–3 mg/Tag	<b>2. Wahl</b> Gut antipsychotisch, verursacht weniger häufig Hypotonien als Quetiapin, weniger sedierend. Cave: extrapyramidale Nebenwirkungen (EPS). Tardive Dyskinesien. Max. Effekt oral nach 4–6 h HWZ: 12–36 h <sup>1</sup>
Dipiperon® 40 mg Tbl. (Pipamperon)	10–20 mg max. 40–80 mg	Sedierendes Neuroleptikum, weniger antipsychotisch, bei höherer Dosierung EPS. Wirkeintritt 2–4 h HWZ: 17–22 h
Risperdal® 0.5 mg Tbl. (Risperidon)	0.25 mg–0.5 mg, max. 2 x/24 h	Gut antipsychotisch, ebenfalls EPS möglich. T max: 1–2 h HWZ: 17–23 h
Temesta expidet® 1 mg Tbl. (Lorazepam)	0.5 mg–1 mg max. 3 mg/24 h	V.a. bei Angst und Entzugsdelirien, sedierende Wirkung. Cave: Atemdepression.
Trittico® 50 mg Tbl. (Trazodon)	25 mg–50 mg	Angstlösend, weniger sedierend.

# E Extras

## Medikamentöse Therapie bei Delir

Die neuroleptische Therapie soll zeitlich begrenzt sein, da wenig Evidenz vorliegt, dass Neuroleptika die Schwere des Delirs im Vergleich zu nicht-antipsychotisch wirkenden Medikamenten vermindern<sup>3,4</sup>. Primär analgetische Therapie bei nicht auszuschliessenden Schmerzen.

- «start low – go slow»
- Angehörige zeitnah informieren.
- Regelmässige Reevaluation der Symptomatik in Zusammenhang mit der Medikation, mindestens alle 12 h.
- Primär neuroleptisch, bei schwerer Unruhe Versuch mit Benzodiazepinen.  
Bei Alkoholentzug primär kurzwirksame Benzodiazepine einsetzen.
- Bei QTc > 500 ms: Comedikation prüfen und allenfalls stoppen.  
Ansonsten neuroleptische Therapie stoppen und Alternative erwägen.

<sup>1</sup> Benkert O; Hippus H; Kompendium d. Psychiatrischen Pharmakotherapie (2019)

<sup>2</sup> S Inouye. Delirium in older persons: N Engl J Med 2006; 354:1157-65

<sup>3</sup> L Burry et al, Cochrane Systematic Review Juni 2018

<sup>4</sup> K Neufeld et al, Antipsychotics for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review and Meta-analysis, J Am Geriatr Soc. 2016 Apr; 64(4):705-714

