

Delirium na Sala de Urgência

Autores e Afiliação:

Tássia Cristina Monteiro. Médica assistente da Divisão de Emergências Clínicas do Departamento de Clínica Médica da FMRP/USP; Daniel Ossamu Goldschmidt Kiminami. Médico residente da Divisão de Geriatria do Departamento de Clínica Médica da FMRP/USP.

Área:

Unidade de Emergência / Subárea: Clínica Médica

Data da última alteração: segunda, 24 de julho de 2017

Data de validade da versão: sexta, 24 de agosto de 2018

Objetivos:

Discutir a melhor forma de prevenção e/ou abordagem de estado confusional agudo no pronto atendimento.

Definição / Quadro Clínico:

Delirium ou Estado Confusional Agudo é caracterizado por uma alteração cognitiva de início agudo (geralmente de horas a dias), curso flutuante ao longo do dia e distúrbios da consciência, atenção, orientação, memória, pensamento, percepção e/ou comportamento. Um distúrbio de consciência e cognição alterada são componentes essenciais do delirium.

É considerada emergência clínica e se correlaciona a um agravamento do prognóstico do paciente, aumento da morbidade em curto prazo, períodos mais prolongados de hospitalização, maior taxa de institucionalização e maiores taxas de mortalidade.

A incidência eleva-se com a idade, déficit cognitivo prévio, fragilidade, gravidade da doença e comorbidades. Setores de emergência, unidades de cuidados intensivos e setores de pós-operatório apresentam as maiores taxas de delirium, sendo locais estratégicos para o diagnóstico e manejo precoce dessa condição.

Quadro Clínico

Clinicamente, pode ocorrer na forma hiperativa, hipoativa ou mista e cerca de 30% dos pacientes idosos apresentam delirium em algum momento durante a internação. Na forma hiperativa é predominante a agitação e confusão, algumas vezes com agressividade e risco de auto e heteroagressão; na forma hipoativa, o paciente apresenta-se com nível de consciência rebaixado, geralmente apático, prostrado, sonolento e pouco contactuante. A forma hipoativa, que com frequência passa despercebida mesmo entre os profissionais de saúde, se associa com pior prognóstico. Pode ocorrer ainda a forma mista, com alternância entre os dois pólos (Tabela 1).

Diagnóstico:

O diagnóstico de delirium é clínico, realizado por meio de história clínica bem definida e exame físico minucioso (Tabela 2).

Deve-se avaliar se há mudança em relação à funcionalidade e ao nível cognitivo prévio do paciente, bem como questionar o uso de medicações (mudanças recentes de doses ou tipos), de álcool e de outras substâncias.

O exame físico deve incluir exame neurológico detalhado, também buscando distinguir entre síndromes neurológicas focais que podem imitar delirium.

A condição de delirium na maioria das vezes é multifatorial, assim como boa parte das síndromes geriátricas. Em alguns casos pode ser estabelecido por fator isolado, mas é mais comum ocorrer em associação com outros fatores precipitantes e fatores predisponentes (Tabelas 3 a 5). Além disso, os efeitos dos diversos fatores de risco tendem a ser cumulativos. A intervenção nesses fatores é necessária e consideravelmente eficaz para determinar a resolução do quadro.

Exames Complementares:

Exames laboratoriais devem ser guiados pela avaliação clínica do paciente, sendo esta individualizada em cada caso. Normalmente incluem eletrólitos séricos, função renal, glicemia, hemograma completo, exame de urina I e urocultura, RX tórax, ECG e gasometria arterial.

Exames toxicológicos devem ser feitos quando houver indicação pela história clínica, assim como busca ativa por sinais de sepse grave.

A necessidade de exame de neuroimagem, líquido e eletroencefalograma ainda não é consenso, sendo apenas indicada quando a causa permanece obscura após os testes de rotina.

Caso haja sinais ou sintomas sugestivos de doença neurológica com sinais localizatórios, esses pacientes deverão ser submetidos a exame de imagem com urgência (tomografia de crânio).

O Confusion Assessment Method (CAM) é um instrumento desenvolvido para o rastreamento de delirium, não se prestando a avaliar a gravidade do quadro (Tabela 6).

Tratamento:

Quando a causa base responsável pelo delirium é identificada, a terapia específica direcionada para essa condição é o meio mais adequado de reverter o quadro clínico. Restrições físicas devem ser utilizadas apenas como último recurso, para proteção do paciente, visto estarem associadas frequentemente a aumento da agitação e complicações outras, tais como perda de mobilidade, úlceras por pressão, aspiração e prolongamento do delirium.

Tratamento farmacológico deve ser reservado aos pacientes com agitação mais grave, ou que estejam em risco em relação à própria segurança, de outros pacientes e da equipe médica. Deve-se estar ciente de que qualquer droga usada no tratamento do delirium causará efeitos psicoativos, podendo piorar ainda mais o estado mental do paciente. Por este motivo, deve-se usar a menor dose, pelo menor período possível.

A classe dos neurolepticos é a preferida para o tratamento, sendo o haloperidol o agente mais utilizado e adequado. Benzodiazepínicos devem ser evitados para o tratamento de delirium, exceto em casos de abstinência alcoólica ou quando os medicamentos neurolepticos são contra-indicados (Tabela 7).

Prevenção do delirium:

A prevenção primária é a melhor estratégia a ser utilizada para evitar o surgimento de delirium. Já foi demonstrada a efetividade de tais medidas, conseguindo-se redução de até 40% do risco em idosos hospitalizados.

Medidas eficazes para prevenir delirium incluem evitar, sempre que possível, fatores conhecidos por causar ou agravar o quadro, com auxílio de protocolos de orientação, intervenções ambientais e não farmacológicas preferencialmente. Medicamentos profiláticos (inibidores da colinesterase ou agentes antipsicóticos) não foram conclusivamente demonstrados como eficazes na prevenção de delirium.

Uma vez instalado, o delirium pode exigir semanas ou meses para sua resolução completa. Tais episódios podem afetar negativamente o curso de comorbidades graves e incapacitantes, como doença de Alzheimer (Fluxograma 1).

Referências Bibliográficas:

1. Delirium / RR Lôbo, SRB Silva Filho, NKC Lima, E Ferriolli, JC Moriguti. Revista Medicina (Ribeirão Preto) 2010; 43(3): 249-57.
2. Delirium in elderly people / SK Inouye, RGJ Westendorp, JS Saczynski. Lancet 2014; 383: 911-22.
3. Delirium in older persons / SK Inouye. N Engl J Med 2006; 354(11): 1157-65.
4. Emergências clínicas: abordagem prática / Herlon Saraiva Martins, et al. -- 8. ed. rev. e atual. -- Barueri, SP: Manole, 2013.
5. ©2015 UpToDate®.

Anexos

Tabela 1: Apresentação clínica do delirium

Quadro clínico – <i>Delirium</i>
- Início agudo
- Curso flutuante durante o dia / intervalos lúcidos presentes
- Déficit de atenção
- Pensamento desorganizado
- Alteração no nível de consciência
- Déficits cognitivos
- Distúrbios da percepção (delírios e alucinações)
- Alterações psicomotoras (hiper ou hipoatividade)
- Alterações no ciclo sono-vigília
- Distúrbios emocionais (labilidade, ansiedade, etc)

Tabela 2: Critérios Diagnósticos para Delirium Critérios Diagnósticos para Delirium

Critérios Diagnósticos para <i>Delirium</i> (DSM-V)
<ul style="list-style-type: none"> • Distúrbio de atenção (reduzida capacidade de direcionar, focar, manter e desviar a atenção) e consciência. • O distúrbio se desenvolve ao longo de um curto período de tempo (geralmente horas a dias), representa uma mudança ao habitual do paciente, e tende a flutuar durante o decorrer do dia. • Um distúrbio adicional na cognição (déficit de memória, desorientação, linguagem, habilidade <u>visuo-espacial</u> ou percepção). • As alterações não são melhor explicadas por um transtorno neurocognitivo pré-existente, em evolução ou já estabelecido, e não ocorrem no contexto de um nível neurológico gravemente reduzido, como coma. • Há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais, de que o distúrbio é causado por uma condição médica, intoxicação ou retirada de substância, ou efeito colateral de medicamentos.
<p>Fonte: 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico feito pela Associação Americana de Psiquiatria (DSM-V)</p>

Tabela 3: Fatores de risco para o desenvolvimento de delirium

Fatores de risco que podem predispor a *delirium*:

- déficit cognitivo pré-existente ou demência
- transtorno depressivo
- idade maior que 65 anos
- múltiplas comorbidades
- doenças crônicas / terminais
- episódio prévio de *delirium*
- polifarmácia
- etilismo
- insuficiência renal crônica
- hepatopatia
- desidratação
- desnutrição
- déficits sensoriais (visuais, auditivos)
- déficit funcional

Tabela 4: Fatores reconhecidos como precipitantes de delirium

Causas possíveis que podem precipitar o estado confusional agudo:

- Drogas e intoxicações
 - Medicamentos prescritos
 - Medicamentos não prescritos
 - Drogas de abuso / Abstinência
 - Suspensão de medicamentos
 - Efeitos colaterais dos medicamentos
- Condições agudas: infecções sistêmicas, IAM, AVC
- Falência orgânica
 - Insuficiência cardíaca
 - Doenças pulmonares
 - Insuficiência hepática
 - Insuficiência renal
- Distúrbios físicos: queimada, eletrocussão, hipertermia, hipotermia, trauma com síndrome de resposta inflamatória sistêmica, TCE, embolia gordurosa
- Intervenções médicas / Cirurgias
- Imobilização prolongada / Restrição física
- Uso de equipamentos invasivos: sonda vesical, sonda nasoenteral
- Privação de sono prolongada
- Mudanças de ambiente
- Iatrogenia
- Distúrbios metabólicos
 - Distúrbio hidroeletrólítico
 - Distúrbios endócrinos
 - Hiper/Hipoglicemia
 - Desidratação / Desnutrição
 - Estados hiperosmolar e hiposmolar
 - Hipoxemia
 - Encefalopatia de Wernicke
 - Deficiência de vitamina B12
- Distúrbios cerebrais
 - Infecções do SNC: encefalite, meningite, abscessos
 - Crises de epilepsia, especialmente status epilepticus não convulsivo
 - Hemorragias intracranianas
 - Encefalopatia hipertensiva
 - Hipoperfusão cerebral
 - Distúrbios psiquiátricos

Tabela 5: Lista de medicações que podem provocar delirium Medicações que provocam Delirium

Drogas* que causam ou prolongam Delirium ou Estados confusionais

Analgésicos	Sedativos	Relaxantes Musculares	Antidepressivos
AINES Opioides †	Barbitúricos Benzodiazepínicos	Baclofeno Ciclobenzaprina	Mirtazapina Tricíclicos e SSRI
Antibióticos e Antivirais		Anticonvulsivantes	Anticolinérgicos
Aciclovir Aminoglicosídeos Anfotericina B Antimaláricos Cefalosporinas Flouroquinolonas Isoniazida	Interferon Linezolida Macrolídeos Metronidazol Penicilinas Rifampicina Sulfonamidas	Carbamazepina Levetiracetam Fenitoina Valproato, Vigabatrina	Atropina Benztropina Difenidramina Escopolamina
		Cardiovascular e Drogas para HAS	
		Antiarrítmicos β Bloqueadores	Clonidina Digoxina Diuréticos Digoxina
Agonistas Dopaminérgicos	Agentes Gastrointestinais	Outros agentes que atuam no SNC	Corticóides
Amantadina Bromocriptina Levodopa Pergolida Pramipexol Ropinirol	Antieméticos Antispasmódicos Bloqueadores H2 Loperamida	Dissulfiram Inibidores da Colinesterase Interleucina-2 Lítio Fenotiazinas	Hipoglicemiantes

* Não se limita a esta lista, todo o medicamento deve ser considerado; † Meperidina em especial

Tabela 6: Escala para avaliação do delirium: Confusion Assessment Method (CAM)

Confusion Assessment Method (CAM) para diagnóstico de Delirium

1. Início Agudo e Evolução Flutuante	Pode ser obtido por informação de familiares ou enfermagem: "Há evidência de mudança no estado mental basal?" "Alteração de comportamento variou durante o dia, ou seja, apareceu e desapareceu ou ↑ e ↓ de intensidade?"
2. Inatenção	Evidenciado por presença de: "Dificuldade de atenção/concentração, por exemplo, sendo facilmente distraído ou tendo dificuldades em manter entendimento do que esta sendo dito?"
3. Pensamento Desorganizado	Evidenciado por presença de: "Pensamento do paciente desorganizado ou incoerente, como fluxo de idéias ilógico ou mudança de assunto de forma imprevisível"
4. Nível de Consciência Alterado	Qualquer Nível de Consciência Exceto Alerta: Normal = Alerta Hiperalerta = Vigilante Sonolento, facilmente Despertado = Letárgico Dificuldade em Despertar = Estupor Não Despertável = Coma

O Diagnóstico de Delirium se dá na Presença de **1 E 2 + 3 OU 4**. Sensibilidade de 94-100% e Especificidade de 90-95%.

Tabela 7: Tratamento farmacológico do delirium

Medicações utilizadas para o tratamento de delirium

Droga	Dose	Efeitos adversos	Observações
Antipsicótico típico - Haloperidol	- 0,5-1,0mg oral, titulando até sedação leve (pico de ação de 4-6 horas) - Pode ser usado intramuscular se agitação extrema, (pico de ação 20-40min)	- Efeitos extrapiramidais - Prolongamento do intervalo QT no ECG - Risco de síndrome neuroléptica maligna.	- Agente de escolha - Evitar uso intravenoso, pois diminui duração e eleva risco de arritmia - Evitar em portadores de Síndrome de abstinência, insuficiência hepática.
Antipsicóticos atípicos - Risperidona - Quetiapina - Olanzapina	- 0,5mg 2 vezes/dia - 25mg 2 vezes/dia - 2,5-5mg 1 vez/dia *Doses iniciais	- Efeitos extrapiramidais, mais raros que com o uso do haloperidol. - Prolongamento do intervalo QT no ECG	- Alguns trabalhos associaram ao maior risco de morte em idosos com demência. - Menos bem avaliados em estudos controlados.
Benzodiazepínicos - lorazepam	- 0,5-1mg via oral, com doses adicionais a cada 4 horas se necessário.	- Agitação paradoxal, sedação excessiva, depressão respiratória.	- Evitar o uso em delirium - Droga de segunda linha. - Pode piorar e prolongar os sintomas de delirium. - Reservado para uso em abstinência alcoólica, síndrome neuroléptica, doença de Parkinson

Adaptado de *Delirium in Older Persons*. Inouye SK. N Engl J Med 2006; 354(11):1157-65
Extraído da referência 1.

Fluxograma 1: Fluxograma básico para manejo do delirium na emergência

Manejo de Delirium

Investigar e Tratar Precipitantes	Tratar problemas identificados por exames físicos e laboratoriais (ex: infecção, etc) Manter Hidratação e Nutrição Tratar Hipoxemia e Hiper carbacia se presentes
Ajuste de Drogas	Reduzir ou Remover Drogas Psicoativas (ex: anticolinérgicos, sedativos, hipnóticos, opióides) Substituir por alternativas menos tóxicas Abordagem não farmacológica para ansiedade e sono (música, técnicas de relaxamento, etc)
Estratégias de Reorientação	Encorajar envolvimento familiar; permitir acompanhante se possível Avaliar Déficits Sensoriais: providenciar óculos, auxílio auditivo, interpretes
Manter Mobilidade Segura	Evitar Restrições Físicas ou cintas Retirar paciente da cama assim que possível (deambular 3x por dia) Encorajar cuidados pessoais e comunicação regular
Normalizar ciclo sono-vigília	Desencorajar cochilos diurnos e encorajar exposição a luz durante o dia Tentar proporcionar sono ininterrupto durante a noite Proporcionar local adequado para sono a noite com pouco barulho e pouca luz
Manejo Farmacológico	Para Agitação Severa a qual traz prejuizo ao tratamento ou se Sintomas Psicóticos Reservar Benzodiazepínicos apenas para Síndrome de Abstinência Alcoólica ou Abstinência a sedativo-hipnótico, pelo risco de piorar e causar delirium

Adaptado de *Delirium in elderly people*, Sharon K Inouye, Rudi G J Westendorp, Jane S Saczynski. Lancet 2014; 383: 911–22 Published Online August 28, 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)