

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.
Fonte: 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico feito pela Associação Americana de Psiquiatria (DSM-V)

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 nasointestinal
- 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	Interferon	Carbamazepina	Atropina
Aminoglicosídeos	Linezolida	Levetiracetam	Benztropina
Anfotericina B	Macrolídeos	Fenitoina	Difenihidramina
Antimaláricos	Metronidazol	Valproato, Vigabatrina	Escopolamina
Cefalosporinas	Penicilinas	Cardiovascular e Drogas para HAS	
Fluoroquinolonas	Rifampicina	Antiarrítmicos Clonidina	Diuréticos
Isoniazida	Sulfonamidas	β Bloqueadores Digoxina	Digoxina
Agonistas Dopaminérgicos	Agentes Gastrointestinais	Outros agentes que atuam no SNC	Corticóides
Amantadina	Antieméticos	Dissulfiram	Hipoglicemiantes
Bromocriptina	Antispasmodicos	Inibidores da Colinesterase	
Levodopa	Bloqueadores H2	Interleucina-2	
Pergolida	Loperamida	Lítio	
Pramipexol		Fenotiazinas	
Ropinirol			

* 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)