



Delirium

Trata-se de uma alteração cognitiva definida pelo início agudo e curso flutuante e presença de distúrbios da atenção, consciência, orientação, memória, pensamento, comportamento e percepção do ambiente. Considerado emergência clínica por estar relacionado a agravamento do prognóstico, mas uma síndrome potencialmente prevenível e tratável com abordagem adequada precoce. Apesar da alta prevalência especialmente em idosos, é geralmente subdiagnosticado e diretamente relacionado à piora de desfechos clínicos como aumento de mortalidade, tempo de internação e do declínio funcional.

O DSM-V lista cinco características-chave na sua descrição:

- 1. Desenvolve-se num curto período de tempo** (geralmente horas a dias), representa uma mudança do estado basal, e tende a apresentar **flutuação durante o curso do dia**;
- 2. Distúrbio de atenção** (dificuldade de direcionar/focar/sustentar/mudar a atenção) **e orientação** em relação ao ambiente;
- 3. Presença de um distúrbio adicional de cognição** – como déficits de memória, linguagem, desorientação, alteração visuoespacial e de percepção;
- 4. Distúrbios não são melhor explicados por outra alteração neurocognitiva preexistente** e não ocorrem no contexto de um nível de consciência muito reduzido, como estado de coma;

- 5. Evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de que o distúrbio é causado por uma condição clínica, intoxicação exógena, efeito adverso ou da retirada de medicações.**

Adicionalmente, podem tipicamente estar presentes:

- comportamento psicomotor alterado, hipoatividade ou hiperatividade com atividade simpática aumentada e alteração na arquitetura e duração do sono;
- distúrbios emocionais variados, incluindo medo, depressão, euforia e perplexidade.

CLASSIFICAÇÃO

DELIRIUM HIPERATIVO:

nível de alerta elevado, agitação, inquietação, comportamento inadequado e alucinações

DELIRIUM HIPOATIVO:

quadro de letargia, atividade motora reduzida, fala incoerente e falta de interesse

DELIRIUM MISTO:

combinação dos sinais e sintomas acima, de maneira alternante ou sobreposta.

I- ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

- O diagnóstico é **eminente clínico**, através de uma história aguda de alteração cognitiva;
- Sugere-se investigação de potenciais causas que devem ser adicionados a anamnese e observação minuciosa, incluindo fatores ambientais;
- Será utilizado um instrumento de rastreio e identificação neste processo: o **Confusion Assessment Method (CAM)**;
- Ele deverá ser aplicado 2 vezes ao dia pela equipe de enfermagem em todos pacientes com idade igual/superior a 65 anos, com previsão de internação de 2 dias ou mais ou internado em UTI/Semi-Intensiva.

CAM CONFUSION ASSESSMENT METHOD (adaptado)

1. Mudança do estado mental de início agudo ou curso flutuante;
2. Déficit de atenção;
3. Alteração do nível de consciência (hipoativo ou hiperativo);
4. Pensamento desorganizado.

Delirium = (1) + (2) e (3) ou (4)

CAM UTI CONFUSION ASSESSMENT METHOD (adaptado)

1. Mudança do estado mental de início agudo ou curso flutuante;
2. Déficit de atenção. Leia em voz alta as seguintes letras: "SAVEAHAART" e peça para o paciente apertar a sua mão quando ouvir a letra "A". São erros: paciente não apertar quando ouve a letra "A" e paciente aperta quando ouve outra letra que não a "A". Menos que 3 erros, não há delirium
3. Alteração do nível de consciência - Avaliação da escala de RASS – se RASS diferente de zero (0), considere que paciente está com delirium. OBS: se pontuação entre -3 até +4. Proceder aplicação do CAM UTI. Se RASS entre -4 ou -5, pare e reavalie o paciente depois.
4. Pensamento desorganizado – considerado presente se houver 2 ou mais erros na série de perguntas e comandos a seguir:

Uma pedra flutua na água?

No mar tem peixes?

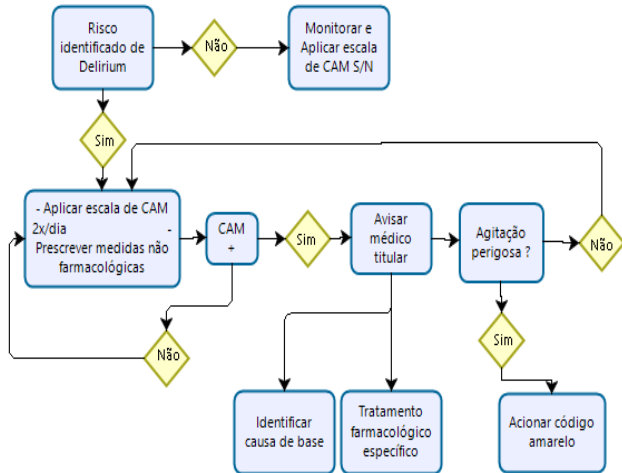
Um quilo pesa mais que dois quilos?

Você pode usar o martelo para bater um prego?

Comando ("levante estes dedos") – o examinador levanta dois dedos na frente do paciente e pede para que ele repita o gesto. Testar os dois lados, direito e esquerdo, modificando a quantidade de dedos. Se o paciente é incapaz de mover os dois braços, para a segunda parte, peça para o pacientes levantar um dedo a mais.

Delirium = (1) + (2) + (3) ou (4)

IDENTIFICAÇÃO – RISCO PARA DELIRIUM



2. EXAMES ADICIONAIS

- **Investigação diagnóstica mínima:** glicemia capilar, avaliação de sinais vitais e oximetria de pulso;
- **Coleta laboratorial:** hemograma, função renal, hepática e tireoidiana, eletrólitos, urina-I e cultura, raio-X tórax e ECG;
- **A critério clínico:** exame de neuroimagem (tomografia ou ressonância magnética) e em casos específicos, análise do líquido, EEG e marcadores de necrose miocárdica.

3. ALOCAÇÃO

- De maneira geral, pacientes podem ser alocados nas alas de apartamentos;
- Em casos específicos em que o rebaixamento do nível de consciência for significativo e /ou demandar monitorização cardíaca e respiratória, ou quando a agitação psicomotora oferecer risco ao paciente, deve-se considerar a alocação em semi-intensiva ou unidade de terapia intensiva.

4. INTERVENÇÕES PREVENTIVAS

Pacientes identificados como de risco para apresentar delirium:

- **Idade > 65 anos;**
- **Tempo de permanência esperado acima de 2 dias.**
- **Pacientes internados em UTI ou Semi-Intensiva.**

Deverão ser avaliados e cuidados por equipe treinada e capacitada na prevenção de delirium que realizarão um **pacote de intervenções multicomponente** individualizado já nas primeiras 24h admissão, que aborda vários fatores de risco modificáveis: **Medidas Não Farmacológicas Universais* de Prevenção de Manejo do Delirium.**

5. FATORES DE RISCO

Delirium é essencialmente uma síndrome de etiologia multifatorial.

Fatores Predisponentes (prévios)	Fatores Precipitantes (novos)
Medicamentos (uso prévio): Polifarmácia (em especial com psicoativos), abuso de álcool;	Medicações: Hipnóticos, opioides, anticolinérgicos, polifarmácia, abstinência de álcool ou outras medicações;
Condições clínicas preexistentes: Doença neurológica, AVC prévio, doença grave, múltiplas comorbidades, insuficiência renal ou hepática, distúrbios metabólicos, trauma ou fratura, doença terminal;	Intercorrências clínicas: Infecções, choque, desidratação, complicações iatrogênicas, hipóxia, febre, anemia, desnutrição, distúrbios metabólicos (eletrolíticos, glicemia, ácido-base), obstipação intestinal;
Alteração cognitiva prévia: Demência, depressão ou história anterior de delirium;	Doenças neurológicas: AVC (especialmente hemisférico não dominante), sangramento intracraniano, meningite, encefalite;
Status funcional: Dependência funcional, imobilidade, baixo nível de atividade, história de quedas;	Pós-Operatório: Cirurgia ortopédica, cardíaca, bypass cardiopulmonar prolongado;
Demográficos: Acima 65 anos, sexo masculino ;	Ambiental: UTI, restrição física, sonda vesical, múltiplos procedimentos, dor, estresse emocional;
Déficit sensorio: visual , auditivo.	Privação de sono.

QUADRO 1 - MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS UNIVERSAIS DE PREVENÇÃO E MANEJO DO DELIRIUM

Alteração cognitiva ou desorientação	<ul style="list-style-type: none"> • iluminação adequada; • relógio e calendário facilmente visíveis; • estimular reorientação tempo, espaço, pessoa; • atividades de estimulação cognitiva; • facilitar visitas regulares de familiares e amigos.
Abordar a deficiência sensorial	<ul style="list-style-type: none"> • resolução de qualquer causa reversível da deficiência (ex: impactação cerúmen); • garantir que óculos e aparelhos auditivos estejam disponíveis e sejam usados quando de uso prévio e em boas condições de funcionamento.
Avaliação da dor	<ul style="list-style-type: none"> • sempre abordar a dor; • procurar sinais não verbais de dor, pacientes com dificuldades de comunicação (alterações cognitivas ou demência, ventilação mecânica); • iniciar/revisar o tratamento adequado em todos em que for identificada ou suspeita.
Abordar imobilidade ou mobilidade limitada	<ul style="list-style-type: none"> • incentivar mobilização logo após a cirurgia; • estimular deambulação (com ajuda apropriada sempre acessível, se necessário); • incentivar a todos exercícios ativos de amplitude de movimento, incluindo os que não podem andar.
Revisão de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • atenção à polifarmácia e medicações de risco; • criteriosa reconciliação medicamentosa.
Evitar a desidratação e / ou obstipação	<ul style="list-style-type: none"> • garantir oferta adequada de líquidos incentivando a ingestão e considerar a via parenteral, se necessário; • cuidados específicos na presença comorbidades (cardíaca, renal, hepática); • atenção ao padrão intestinal.
Abordagem nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • seguir diretrizes institucionais de suporte nutricional ; • se utilizar próteses dentárias, assegurar que se encaixem adequadamente.
Avaliar infecção	<ul style="list-style-type: none"> • identificar e tratar apropriadamente infecção existente; • evitar cateterismo desnecessário ; • seguir procedimentos de controle de infecção de acordo com diretrizes institucionais.
Avaliar hipoxemia	<ul style="list-style-type: none"> • otimizar a saturação de oxigênio, se necessário, conforme clinicamente apropriado.
Avaliação sono	<ul style="list-style-type: none"> • promover bons padrões de sono e higiene do sono; • evitar procedimentos médicos ou enfermagem durante as horas de sono; • ajustar aprazamento de medicações; • reduzir o ruído ambiental ao mínimo período noturno.

6. TRATAMENTO

- Objetivo primário é **abordar as causas ou fatores desencadeantes modificáveis** (ex: interrompendo medicamento específico, corrigir alteração metabólica ou tratar infecção);
- Simultaneamente, o tratamento de suporte, composto por **medidas não farmacológicas universais de prevenção e manejo do delirium (Quadro 1)**, visa evitar o surgimento e prevenir complicações;
- **Tratamento farmacológico específico (Quadro 2)** pode ser necessário e deve ser restrito a:
 - Casos de agitação ou confusão graves;
 - Que coloque em risco o paciente ou a segurança de outros;
 - Comprometa a realização de exames ou tratamento;
 - Mostrem-se refratários às medidas acima.
- Nestes casos, classe de escolha é dos antipsicóticos. Deve-se utilizar estratégia de começar com baixas doses, com aumento lento e progressivo, se necessário (“start low, go slow”). As escolhas iniciais para o tratamento podem ser haloperidol, quetiapina, risperidona, olanzapina ou ziprasidona. Dentre essas opções, além da experiência pessoal, deve-se considerar o efeito sedativo e risco de efeitos colaterais extrapiramidais de cada droga;
- Em pacientes com parkinsonismo, a primeira medicação a ser tentada deve ser a quetiapina;
- Benzodiazepínicos devem em geral ser restritos ao tratamento de delirium secundário à abstinência de álcool, pós crise epiléptica ou na síndrome neuroléptica maligna. Nessas situações, recomenda-se lorazepam, em dose de 0,25 a 0,5 mg.

QUADRO 2 – TRATAMENTO FARMACOLÓGICO ESPECÍFICO EM CASOS SELECIONADOS

Medicação	Dose inicial	Formas de administração	Risco de SEP (sintomas extrapiramidais)	Risco de sedação
Haloperidol	0,25-0,5 mg	VO, IM, IV	Alto	Baixo
Risperidona	0,25-0,5 mg	VO	Alto	Baixo
Quetiapina	12,5–25 mg	VO	Baixo	Alto
Olanzapina	2,5-5 mg	VO, IM	Moderado	Moderado
Ziprasidona	5-10 mg	VO	Moderado	Moderado

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Taxa de delirium - hospital e unidade de internação;
- Tempo duração delirium;
- Tempo de internação hospitalar;
- Taxa de readmissão;
- Taxa de quedas.

III. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: Atualização de template

IV. REFERÊNCIAS

- [1] Marcantonio, ER. Delirium in hospitalized older adults. N Engl J Med, 377 (2017), pp. 1456-1466. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1605501>.
- [2] Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet. 2014 Mar 8;383(9920):911-22. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1. Epub 2013 Aug 28. PMID: 23992774; PMCID: PMC4120864. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23992774/>.
- [3] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Delirium: prevention, diagnosis and management. Clinical guideline. Published: 28 July 2010 nice.org.uk/guidance/cg103 NICE 2010. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/resources/delirium-prevention-diagnosis-and-management-pdf-35109327290821>.
- [4] Zaubler TS, Murphy K, Rizzuto L, Santos R, Skotzko C, Giordano J, Bustami R, Inouye SK. Quality improvement and cost savings with multicomponent delirium interventions: replication of the Hospital Elder Life Program in a community hospital. Psychosomatics. 2013 May-Jun;54(3):219-26. doi: 10.1016/j.psym.2013.01.010. Epub 2013 Mar 12. PMID: 23489646. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23489646/>.
- [5] Neufeld KJ, Yue J, Robinson TN, Inouye SK, Needham DM. Antipsychotic Medication for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review and MetaAnalysis. J Am Geriatr Soc. 2016 Apr;64(4):705-14.
- [6] Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. JAMA. 2010 Jul 28;304(4):443-51.

Código Documento: CPTW104.4	Elaborador: Jose Campos Filho Ivan Hideyo Okamoto Jerusa Smid	Revisor: Mauro Dirlando C de Oliveira	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 13/10/2021 Data de revisão: 16/06/2023	Data de Aprovação: 13/10/2021
---------------------------------------	---	---	--	---	---