

Delirium

Alcion Sponholz Junior

Médico Psiquiatra do Departamento de Neurociências e
Ciências do Comportamento do HC-FMRP-USP



Delirium

- ◆ Paciente de 83 anos, sexo masculino, é admitido pela Clínica Médica da Unidade de Emergência, encaminhado da UPA com história de queda do estado geral e inapetência há 3 dias.
- ◆ Paciente diabético, hipertenso, segundo a família vinha em uso adequado das medicações e há 3 dias passou a reduzir a comunicação, ficando a maior parte do dia em seu leito e reduziu a ingesta alimentar e hídrica.

Delirium

- ◆ Ao exame físico o paciente se apresentava hipocorado, desidratado, vigil porém pouco comunicativo respondendo monossilabicamente.
- ◆ Exame de urina com nitritos positivo e intensa bacteriúria e leucocitúria, iniciado tratamento com ciprofloxacino.
- ◆ 24 horas após a admissão o paciente evoluiu com agitação psicomotora, agrediu seu colega de box com o equipo do soro dizendo que tinha que apartar o porco e que estava em sua fazenda. Desorientado no tempo e espaço e alternando momentos de agitação com momentos de sonolência.

Critérios diagnósticos – DSM-5

- ◆ A. Um prejuízo na atenção (manifesto por redução na habilidade de dirigir, focar, manter e alternar a atenção) e estado de alerta (orientação ao ambiente reduzida)
- ◆ B. O prejuízo se desenvolve ao longo de um curto período de tempo (habitualmente horas ou poucos dias), representa uma modificação no estado de atenção e alerta basais e tende a flutuar em severidade ao longo do dia.

Critérios diagnósticos – DSM-5

- ◆ C. Um prejuízo adicional na cognição (por exemplo déficit de memória, desorientação alteração na linguagem, habilidade visuoespacial ou percepção).

Critérios diagnósticos – DSM-5

- ◆ D. As alterações nos critérios A e C não são melhor explicados por outra condição pré-existente, já estabelecida, ou transtorno neurocognitivo em evolução e não acontece no contexto de severa redução do nível de vigília como um estado de coma.
- ◆ E. Existem evidências a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais de que o transtorno é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica, intoxicação ou abstinência a substâncias (droga de abuso ou medicação), ou exposição a toxinas ou devido a múltiplas etiologias.

Critérios diagnósticos – DSM-5

- ◆ Especificar quando:
- ◆ *Delirium* por intoxicação por substâncias
- ◆ *Delirium* por abstinência a substâncias
- ◆ *Delirium* induzido por medicação

Critérios diagnósticos – DSM-5

- ◆ *Delirium* devido a outra condição médica
- ◆ *Delirium* devido a múltiplas etiologias – especificar: se agudo (duração de poucas horas ou dias); persistente (durando semanas ou meses).
- ◆ Especificar se: hiperativo, hipoativo ou nível de atividade misto.

Prevalência

- ◆ População geral 0,4% - acima dos 55 anos => 1 %
- ◆ Hospital geral: 22% em especialidades clínicas; 11 a 35% em especialidades cirúrgicas e até 80 % no CTI.
- ◆ Frequente, principalmente em idosos e associado a uma evolução desfavorável: maior tempo de hospitalização, maior risco de complicações e maior mortalidade.
- ◆ Perda da autonomia e maior risco de declínio cognitivo.

Fatores de risco



Fig 1. Relationship between predisposing and precipitating factors. Increasing darkness implicates a higher risk of delirium. Reproduced with permission from van Munster *et al* (2009).¹²

Fatores de risco

- ◆ Fatores precipitantes: qualquer doença, efeito de medicação ou substância ou procedimento cirúrgico.
- ◆ 50 % multifatorial.
- ◆ População idosa – infecções, alterações metabólicas, efeitos adversos de medicações e eventos cardiovasculares.

Fatores de risco

- ◆ Prejuízo cognitivo e/ou demência.
- ◆ Idade avançada, severidade da doença, infecção, admitido com fratura óssea.
- ◆ Prejuízo na visão, prejuízo na audição, contenção física.
- ◆ UTI.

Tratamento

- ◆ Tratar a condição subjacente
- ◆ Controle não farmacológico
- ◆ Controle farmacológico

Tratar a condição subjacente

- ◆ Passo mais importante => identificar e corrigir a/as causas
- ◆ Fator ou fatores que precipitaram o *Delirium*
- ◆ 50% multifatorial
- ◆ Doenças subjacentes, alterações metabólicas, infecções, interações medicamentosas, efeitos tóxicos medicamentosos/substâncias, abstinência

Controle não farmacológico

- ◆ Intervenção multidisciplinar particularizada
- ◆ Necessidades individuais – avaliação detalhada
 - ◆ Orientação, privação sensorial, sono e ritmo circadiano, estado de alerta, mobilização, hidratação, nutrição e cuidadosa escolha das medicações a serem usadas (efeitos colaterais, interações medicamentosas)

Controle não farmacológico

- ◆ Participação de um familiar no cuidado do paciente
 - ◆ se possível permanecer também à noite
 - ◆ **grande impacto**
- ◆ Evitar contenção física tanto quanto possível

Controle farmacológico

- ◆ Pacientes agitados, sob risco a si ou outros
 - ◆ Apesar das medidas não farmacológicas
- ◆ Antipsicóticos
 - ◆ Menor dose possível
 - ◆ Menor tempo possível

Controle farmacológico

- ◆ Antipsicóticos
 - ◆ Sintomas extrapiramidais
 - ◆ Risco cardiovascular
 - ◆ Risco de convulsão
 - ◆ Risco de AVC
 - ◆ Síndrome Neuroléptica Maligna

Controle farmacológico

- ◆ Benzodiazepínicos
 - ◆ Somente no Delirium por Síndrome de Abstinência alcoólica

Prevenção

Antipsicóticos

Prevenção

- ◆ Melatonina?
- ◆ Intervenções não farmacológicas
- ◆ Multifatoriais
- ◆ Treinamento da equipe
- ◆ Atenção à população idosa

Versão em português do *Confusion Assessment Method* (CAM)

- ◆ 1. Início agudo
 - ◆ Há evidência de mudança aguda do estado mental de base do paciente?
- ◆ 2. Distúrbio da atenção
- ◆ 2.A O paciente teve dificuldade em focalizar sua atenção? Por exemplo, distraiu-se facilmente ou teve dificuldade em acompanhar o que estava sendo dito?
 - ◆ – Ausente em todo o momento da entrevista
 - ◆ – Presente em algum momento da entrevista, porém de forma leve
 - ◆ – Presente em algum momento da entrevista, de forma marcante
 - ◆ – Incerto

Versão em português do *Confusion Assessment Method* (CAM)

- ◆ 2.B Se presente ou anormal, esse comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou a aumentar e diminuir de gravidade?
 - ◆ – Sim
 - ◆ – Não
 - ◆ – Incerto
 - ◆ – Não aplicável

- ◆ 2.C Se presente ou anormal, descreva o comportamento

Versão em português do *Confusion Assessment Method* (CAM)

- 3. Pensamento desorganizado
 - O pensamento do paciente era desorganizado ou incoerente, com conversação dispersiva ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico ou mudança imprevisível de assunto?

Versão em português do *Confusion Assessment Method* (CAM)

- ◆ 4. Alteração do nível de consciência
 - ◆ Em geral, como você classificaria o nível de consciência do paciente?
 - ◆ – Alerta (normal)
 - ◆ – Vigilante (hiperalerta, hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se facilmente)
 - ◆ – Letárgico (sonolento, facilmente acordável)
 - ◆ – Estupor (dificuldade para despertar)
 - ◆ – Coma
 - ◆ – Incerto

Versão em português do *Confusion Assessment Method* (CAM)

◆ 5. Desorientação

- ◆ O paciente ficou desorientado durante a entrevista, pensando, por exemplo, que estava em outro lugar que não o hospital, que estava no leito errado, ou tendo noção errada da hora do dia?

◆ 6. Distúrbio (prejuízo) da memória

- ◆ O paciente apresentou problemas de memória durante a entrevista, como incapacidade de se lembrar de eventos do hospital ou dificuldade para se lembrar de instruções?

Versão em português do *Confusion Assessment Method* (CAM)

◆ 7. Distúrbios de percepção

- ◆ O paciente apresentou sinais de distúrbios de percepção, como alucinações, ilusões ou interpretações errôneas (pensando que algum objeto fixo se movimentava)?

◆ 8. Agitação psicomotora

- ◆ Parte 1 – Durante a entrevista, o paciente apresentou aumento anormal da atividade motora, como agitação e tamborilar com os dedos, ou mudança súbita e frequente de posição?

Versão em português do *Confusion Assessment Method* (CAM)

- ◆ Retardo psicomotor
 - ◆ Parte 2 – Durante a entrevista, o paciente apresentou diminuição anormal da atividade motora, como letargia, olhar fixo no vazio, permanência na mesma posição por longo tempo ou lentidão exagerada de movimentos?
- ◆ 9. Alteração do ciclo sono-vigília O paciente apresentou sinais de alteração do ciclo sono-vigília, como sonolência diurna excessiva e insônia noturna?