hcor

ASSOCIAÇÃO
BENEFICENTE SÍRIA

Protocolo de *delirium*

Prevenção, detecção e tratamento

Sumário

Introdução **3**
Fatores predisponentes e precipitantes 3

Prevenção **5**
Medidas ambientais de prevenção 5
Medidas preventivas a serem estimuladas junto ao acompanhante 6
Medidas preventivas a serem estimuladas junto aos profissionais 7

Prevenção farmacológica **8**

Suspeita e confirmação diagnóstica **9**
Identificação dos casos suspeitos 9
Abordagem inicial dos casos suspeitos 10
Intersecção com os protocolos de sepse e AVC 10
Avaliação para o diagnóstico 11
Classificação quanto ao subtipo motor 11
Diagnósticos diferenciais 12

Investigação **13**
Investigação de fatores precipitantes 13
Indicação de exames complementares 15
Indicação de avaliação especializada 16

Tratamento **17**
Abordagem não farmacológica 17
Antipsicóticos 18
Dexmedetomidina 20
Clonidina 20
Melatonina e análogos 21
Tiamina 21
Benzodiazepínicos 21
Contenção física 22

Reavaliações e seguimento **22**

Prognóstico **23**

Indicadores **23**

Fluxo geral do protocolo **25**

Referências bibliográficas **26**

ANEXO – Formulário do protocolo de *delirium* **28**

Introdução

O *delirium*, também denominado **estado confusional agudo**, é um quadro clínico frequente entre os idosos hospitalizados que se caracteriza por início agudo, curso flutuante, déficit de atenção, pensamento desorganizado e alteração do nível de consciência (APA, 2013).

A fisiopatologia do *delirium* envolve múltiplos fatores que interagem nas redes neurais para provocar uma disfunção aguda das funções cerebrais. Entre os fatores biológicos propostos, destacam-se as alterações neuroinflamatórias e o desequilíbrio de neurotransmissores diante de uma reserva cognitiva reduzida (Maldonado, 2017).

Entre os idosos hospitalizados por condição clínica aguda, 18% a 35% preenchem critério para *delirium* no momento da admissão. Com a adição dos casos incidentes (*delirium* desenvolvido após a admissão), em populações de alto risco até 50% dos idosos apresentam *delirium* em algum momento durante a hospitalização (Inouye e cols., 2014).

Além de constituir um desafio para os profissionais e um fator de grande desgaste para os familiares, o *delirium* está associado a maior um tempo de internação, declínio funcional, taxas elevadas de institucionalização e maior mortalidade (Witlox e cols., 2010). Ensaios clínicos bem conduzidos revelam que 30% a 40% dos casos de *delirium* podem ser evitados através de programas multidisciplinares de prevenção e detecção precoce (Marcantonio, 2017).

Esse protocolo foi desenvolvido para o Pronto-Socorro (PS), para as Unidades de Internação (UI) e para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do HCor. A abordagem unificada foi adotada para permitir a integração dos processos assistenciais e facilitar a gestão dos indicadores. No entanto, as particularidades de cada ambiente são respeitadas e cada unidade pode operacionalizar rotinas próprias que se encaixem no modelo geral do protocolo (ex., como as medidas preventivas serão organizadas, quem fara as reavaliações etc).

Fatores predisponentes e precipitantes

Os **fatores predisponentes** são características não modificáveis que determinam maior risco de *delirium*. O reconhecimento desses fatores permite a identificação de uma população de risco para a qual devem ser direcionados esforços de prevenção e de rastreio. Os principais fatores predisponentes estão listados na Tabela 1.

Tabela 1 – Fatores predisponentes para o *delirium*

• **Idade (especialmente acima de 75 anos)**
• **Antecedente de síndrome demencial**
• **Carga cumulativa das doenças crônico-degenerativas**
• **Presença de déficits sensoriais (visual ou auditivo)**
• **Etilismo**

Os **fatores precipitantes** são condições ou circunstâncias que atuam em conjunto para desencadear o *delirium* e têm importância especial por serem potencialmente modificáveis. Os principais fatores precipitantes no ambiente hospitalar estão listados na Tabela 2.

Tabela 2 – Fatores precipitantes do *delirium*

• **Infecção**
• **Desidratação**
• **Distúrbios hidroeletrolíticos** (Ex. sódio, cálcio)
• **Distúrbios metabólicos** (Ex. glicemia, uremia)
• **Hipoperfusão ou hipóxia** (Ex. sepse, insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória)
• **Medicações sedativas ou anticolinérgicas**
• **Dor sem controle adequado**
• **Obstipação**
• **Imobilidade**
• **Dispositivos que causam restrição** (sondas, cateteres, contenção física)

Prevenção

As medidas preventivas adotadas nesse protocolo foram adaptadas a partir do *Hospital Elderly Life Program (HELP),* programa multidisciplinar implementado em diversos centros ao redor do mundo com resultados comprovados na redução de *delirium* (Inouye e cols., 2000).

As medidas preventivas devem ser implementadas de forma universal e intensificadas nos pacientes com alto risco de *delirium*. Por motivos práticos, definimos **paciente com alto risco de *delirium*** como o que apresenta pelo menos uma das duas seguintes características:

- **Idade ≥ 75 anos**
- **Antecedente de síndrome demencial ou qualquer evidência de déficit cognitivo**

Medidas ambientais de prevenção

O ambiente e as rotinas de cuidado devem ser organizadas para facilitar a orientação, promover a sensação de familiaridade com o ambiente e favorecer o ciclo sono-vigília:

- Durante o dia é importante manter um **ambiente bem iluminado;**
- Um **calendário** com indicação da data deve ser posicionado em local de fácil acesso;
- Um **relógio** deve ser mantido em posição de fácil visualização;
- A presença de **objetos pessoais** da preferência do paciente deve ser estimulada (travesseiro, porta-retratos, imagens religiosas, rádio e livros);
- Durante a noite (22h às 6h), o **nível de ruído na unidade** deve ser reduzido ao mínimo possível, observando-se cuidado especial com conversas, alarmes e arrasto de carrinhos;
- Um ambiente quente e abafado deve ser evitado durante a noite – a faixa de **temperatura mais confortável** para favorecer o sono está entre 22° e 24°C.

Medidas preventivas a serem estimuladas junto ao acompanhante

- A **presença de um acompanhante** com o qual o paciente esteja familiarizado e tenha afinidade serve como elemento de referência e segurança durante a internação. A presença constante de um acompanhante é fundamental no PS e nas UI. Na UTI os horários de visita e permanência devem ser ampliados para pacientes de alto risco.

- A **estimulação cognitiva** é um recurso importante na prevenção do *delirium* e deve ser realizada pelo menos três vezes ao dia. Como exemplo de atividades de estimulação podemos citar: ler e discutir notícias, fazer palavras-cruzadas, jogar carta ou jogos de tabuleiro, ouvir música, conversar sobre momentos agradáveis do passado, rever álbuns de fotografia;

- A **visita de familiares e amigos** deve ser incentivada, pois também cumpre a função de estimulação cognitiva e socialização. Porém, a presença de grupos numerosos dentro do quarto deve ser evitada para não trazer sobrecarga de estímulos;

- Os **déficits sensoriais** dificultam a interação e estão associados a maior risco de *delirium*. Dispositivos compensatórios de uso habitual (óculos, aparelho auditivo) devem ser trazidos para o hospital e o seu uso deve ser estimulado;

- As **sonecas prolongadas devem ser evitadas** durante o dia, pois podem quebrar a regulação do ciclo-sono vigília. Caso o paciente não tenha dormido o suficiente e esteja muito cansado, permita que durma até 30 minutos, período após o qual deve ser estimulado;

- As **rotinas preparatórias para o sono** que o indivíduo mantém em casa devem ser implementadas no hospital sempre que possível. Alguns elementos como tomar uma bebida quente, ouvir uma música calma ou receber uma massagem podem ajudar a relaxar;

- Durante a noite (22h às 6h) **um ambiente escuro e silencioso** deve ser mantido. Evitar luzes acessas e televisão ligada.

Medidas preventivas a serem estimuladas junto aos profissionais

- A **rotatividade dos funcionários deve ser minimizada** – a presença do mesmo profissional em dias subsequentes favorece o vínculo e a sensação de familiaridade com o ambiente;

- A **mobilidade deve ser estimulada**, pois além de evitar a deterioração da marcha pode reduzir o risco de *delirium*. Entre os idosos frágeis, a estratégia mais efetiva de promoção da mobilidade é a disponibilização de auxílio para transferência e assistência à marcha. O alto risco de quedas não pode ser um fator restritivo – a utilização de estratégias seguras para promoção da mobilidade deve ser vista como uma prioridade;

- O **uso sondas e cateteres deve ser evitado** sempre que possível, especialmente no idoso com comprometimento cognitivo que tem compreensão limitada do contexto e pode precisar de contenção mecânica para manutenção do dispositivo;

- Os **profissionais devem estar atentos à presença de dor.** Pacientes com demência avançada muitas vezes não expressam adequadamente o sintoma. O profissional deve observar sinais como inquietação, posição rígida, punhos cerrados, respiração desconfortável, gemidos, resmungos e expressão facial de dor, todos contemplados na escala PAINAD já padronizada na instituição (Valera e cols., 2014);

- Os **profissionais devem estar atentos à ingesta hídrica.** A vigilância para detecção precoce de desidratação é especialmente importante em pacientes com baixa aceitação da dieta, acesso limitado aos líquidos, uso de diuréticos, vômito ou diarreia;

- Durante a noite, as **entradas no quarto ou box** para aferição de sinais vitais e administração de medicações devem ser restritas ao mínimo necessário. Sempre que possível as rotinas devem ser flexibilizadas para respeitar o período das 22h às 6 horas;

- **Bebidas com cafeína não devem ser oferecidas** após às 14h para não interferir no sono;

- Uma **bebida quente** (leite ou chá) um pouco antes de dormir pode favorecer o sono. Se houver preferência por chá, devem ser evitados os estimulantes (chá preto, verde ou mate) em favor de opções como camomila, erva-cidreira, hortelã, melissa ou hibisco.

Prevenção farmacológica

As evidências atuais não indicam o uso rotineiro e universal de medicações na prevenção do *delirium*. Em revisão sistemática realizada por meio da Cochrane, Siddigi e cols. (2016) analisaram 39 ensaios clínicos com pacientes hospitalizados e não encontraram resultados consistentes sobre benefício de medicações na prevenção de *delirium*. No entanto, alguns estudos indicam que a profilaxia medicamentosa pode ser considerada em situações específicas.

Evidências recentes de boa qualidade revelam que o uso da **dexmedetomidina** como sedativo nos ambientes de terapia intensiva está associado a um menor risco de *delirium* em comparação a outros agentes como propofol ou midazolam. Em uma metanálise de 18 estudos que reuniu 3.309 pacientes cirúrgicos com necessidade de sedação no pós-operatório, o uso de dexmedetomidina foi associado a um risco 65% menor de *delirium*, tanto em cirurgias cardíacas quanto não cardíacas (Duan e cols., 2018). Em uma metanálise de 25 ensaios clínicos com 3.240 pacientes gerais de terapia intensiva, a dexmedetomidina foi associada a uma redução de 64% na incidência de *delirium* (Ng e cols., 2018). Assim, para os pacientes com alto risco de *delirium* que necessitam de sedação em UTI, a dexmedetomidina deve ser o agente de escolha caso não haja contraindicação específica para o agente.

O uso profilático de **antipsicóticos** em baixas doses no perioperatório já foi avaliado em bons ensaios clínicos. Uma metanálise de 6 estudos encontrou redução modesta da ocorrência de *delirium* nesse contexto (Hirota & Kishi, 2013). Assim, o uso profilático de antipsicótico em baixas doses pode ser considerado em pacientes cirúrgicos com alto risco de *delirium*, em casos selecionados nos quais o potencial de benefício supera o risco de eventos adversos.

Embora poucos estudos estejam disponíveis e as evidências não sejam conclusivas, a **melatonina e os seus análogos** têm sido utilizados em doses baixas (0,5 mg a 3 mg) na prevenção do *delirium*. A melatonina é especialmente útil nos pacientes com alto risco de *delirium* que evoluem com insônia, pois além de um potencial benefício na redução de risco de *delirium* e no controle da insônia, seu uso pode poupar a administração de benzodiazepínicos.

Os **anti-colinesterásicos** não devem ser utilizados na prevenção do *delirium*, já que os estudos disponíveis não demonstraram benefício e alguns observaram efeitos adversos

limitantes. Caso o paciente já faça uso de anticolinesterásicos (donepezila, galantamina, rivastigmina), a medicação deverá ser mantida a menos que haja contraindicação específica relacionada ao estado clínico atual.

Suspeita e confirmação diagnóstica

O *delirium* é uma condição subdiagnosticada, problema que pode ser atribuído a deficiências de formação dos profissionais de saúde. Acrescentam-se ainda as dificuldades intrínsecas do processo diagnóstico, que é essencialmente clínico, exige uma entrevista estruturada e não se apoia em exames complementares. Assim, a identificação dessa condição depende de estratégias proativas baseadas em protocolos gerenciados e programas de educação continuada.

Identificação dos casos suspeitos

Profissionais de qualquer equipe podem identificar casos suspeitos de *delirium*. No entanto, por questões relacionadas ao escopo de atuação e pelo maior contato o paciente, a **equipe de enfermagem** e a **equipe médica** as têm as melhores condições para detectar o *delirium*. As sete situações listadas a seguir devem ser consideradas como suspeitas de delirium:

Tabela 3 – Situações que devem levantar suspeita de *delirium*

1 - Confusão (períodos em que fala coisas sem sentido)
2 - Desorientação (dificuldade de situar-se no tempo ou no espaço)
3 - Agitação (resiste aos cuidados, agride, tenta retirar dispositivos, insiste em ir embora)
4 - Sonolência excessiva (adormece enquanto os profissionais estão no ambiente)
5 - Desorganização do ciclo sono-vigília (acordado à noite e sonolento durante o dia)
6 - Alucinações (vê objetos inexistentes, bichos ou pessoas que já faleceram)
7 - Alteração de comportamento (excessivamente irritado, ansioso ou eufórico)

As sete situações suspeitas de *delirium* devem ser exploradas com destaque no programa de treinamento, contempladas nos programas de educação permanente e reforçadas nas ações de marketing interno. Os profissionais devem manter um alto índice de suspeição para

identificação da suspeita de *delirium,* apoiando-se em relatos dos cuidadores e na interação com o paciente, tanto no momento da admissão quanto ao longo da internação.

Como estratégia adicional de rastreio, todos os idosos frágeis com critérios de inclusão no Programa Idoso Bem Cuidado são submetidos a rastreio para detecção de delirium com a *Confusion Assessment Method* (CAM). O instrumento é aplicado logo após a admissão na UI como parte da avaliação inicial realizada pela enfermeira do programa.

Como forma de promover o engajamento dos pacientes e seus familiares nas ações de prevenção e na detecção precoce do *delirium*, os cuidadores dos idosos incluídos no Programa Idoso Cuidado recebem um folheto informativo sobre os riscos de complicações associadas à hospitalização do idoso frágil. Esse material contém explicações básicas sobre o quadro e uma descrição sucinta sobre sinais característicos do *delirium* que devem ser comunicados à equipe caso sejam observados.

Abordagem inicial dos casos suspeitos

Diante da suspeita de um quadro de *delirium* que ainda não tenha sido diagnosticado, o médico plantonista da unidade deve ser acionado. O mesmo se aplica aos casos já diagnosticados que apresentam agravamento importante, justificando nova avaliação.

O médico plantonista tem até 30 minutos para iniciar a avaliação. Tal prazo deve ser aplicado desde que não haja alteração grave do nível de consciência ou instabilidade dos sinais vitais, situações que demandam avaliação imediata. Em todos os casos de suspeita de *delirium* o formulário do protocolo deve ser aberto. Esse documento serve como registro e oferece ainda um roteiro para garantir que todos os pontos fundamentais sejam observados.

Intersecção do protocolo de *delirium* com os protocolos de sepse e AVC

O estado confusional agudo pode representar um sinal de disfunção orgânica no paciente com sepse. Embora a presença de confusão mental isolada (sem sinais de Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica) não constitua a situação mais comum, ela deve ser considerada na presença de foco infeccioso presumível, seguindo o protocolo institucional de sepse.

O estado confusional agudo também pode ocorrer em função de um Acidente Vascular Cerebral, embora não seja a manifestação mais comum a chamar a atenção nesses quadros.

Sugerimos que a escala de Cincinnati seja utilizada para excluir a possiblidade de AVC, de acordo com o protocolo institucional específico.

Em suma, na presença de um estado confusional agudo, **antes de abrir o protocolo de *delirium* o profissional excluir a possibilidade de sepse e AVC de acordo com os protocolos institucionais específicos.** Caso seja identificado um quadro compatível com sepse ou AVC, a prioridade deve ser dada a essas condições, que apresentam intervenções específicas a serem implementadas rapidamente.

É preciso lembrar que condições como *delirium*, AVC e sepse são comuns nos indivíduos hospitalizados e não devem ser consideradas exclusivas. Ao contrário, essas condições muitas vezes ocorrem de forma associada. Nesses casos é importante que os profissionais possam definir prioridades e desencadear ações paralelas de acordo com o melhor julgamento clínico. A inclusão em um protocolo nunca deve resultar na negligência de condições concomitantes.

Avaliação para o diagnóstico

As seguintes etapas da avaliação médica são obrigatórias e estão descritas no formulário do protocolo (ANEXO):

1 - Realizar um exame neurológico dirigido
2 - Aplicar o *Confusion Assesment Method* (CAM)
3 - Checar fatores precipitantes passíveis de correção
4 - Avaliar a necessidade de exames complementares
5 - Avaliar a necessidade de medicação para agitação grave
6 - Definir junto à equipe titular quem reavaliará e acompanhará o quadro
7 - Registrar as condutas no formulário do protocolo

Classificação do *delirium* quanto ao subtipo motor

Após o estabelecimento do diagnóstico sindrômico, o *delirium* deve ser classificado de acordo com o seu subtipo motor:

O ***delirium* hiperativo** é caracterizado pelo comportamento de hipervigilância, irritabilidade e agitação psicomotora. Os sintomas psicóticos são comuns, especialmente as alucinações visuais e delírios mal estruturados. Por chamar atenção e representar uma situação estressante, o *delirium* hiperativo raramente passa desapercebido.

O ***delirium* hipoativo** é o subtipo mais comum, embora geralmente subdiagnosticado por chamar menos atenção. Predomina nos indivíduos de idade mais avançada. É caracterizado pela apatia, lentificação e sonolência.

O ***delirium* misto** é caracterizado pela alternância entre os dois estados descritos. O padrão mais comum é a sonolência durante o dia e agitação no final da tarde e à noite, embora a alternância entre agitação e sonolência possa ocorrer de forma rápida em períodos mais curtos.

Diagnósticos diferenciais a serem considerados

- **Demência.** Em contraste com o *delirium*, as alterações cognitivas observadas na demência são insidiosas, lentamente progressivas e sem flutuação significativa. A atenção e o nível de consciência estão relativamente preservados na demência. A investigação do padrão evolutivo dos sintomas com um cuidador de convívio próximo é fundamental nesses casos;

- **Transtornos Psiquiátricos Primários.** O *delirium* hiperativo pode ser confundido com quadros de mania ou esquizofrenia. Os transtornos psiquiátricos diferem do delirium por cursarem com pouca ou nenhuma alteração da atenção e do nível de consciência. A investigação de sintomas psiquiátricos apresentados em momentos anteriores da vida é fundamental;

- **Lesão Cerebral.** Os quadros confusionais agudos ou subagudos podem ocorrer por lesão cerebral (e.g., acidente vascular cerebral, hematoma subdural) que nem sempre determina déficit focal no exame neurológico. Um alto índice de suspeição deve ser mantido para essa possibilidade nos casos sem fatores precipitantes claros ou de evolução atípica;

- **Estado Epiléptico Não-Convulsivo.** Entre as características que podem chamar atenção destacam-se fasciculação em músculos faciais, nistagmo, automatismos da boca. O diagnóstico também deve ser considerado nos casos com etiologia obscura. Trata-se de um quadro desafiador que pode ser confirmado apenas com auxílio de um eletroencefalograma;

- ***Delirium* Tremens.** Trata-se de um subtipo específico de *delirium* que ocorre em pacientes alcoólatras com início de 3 a 4 dias após a interrupção da ingestão de álcool. O *delirium* tremens é caracterizado por agitação, alucinações, tremores, febre, taquicardia, hipertensão arterial e sudorese profusa (Schuckit MA, 2014).

O paciente com *delirium tremens* deve ser mantido em jejum para evitar broncoaspiração.

A tiamina é administrada por via endovenosa na dose inicial de 500 mg em 30 minutos. A manutenção é realizada com 200 mg 3 vezes ao dia por 3 dias. Devido ao risco de desidratação e hipoglicemia, uma hidratação vigorosa (70 a 100ml/h) com solução glicofisiógica deve ser iniciada após a primeira dose de tiamina e mantida durante o período de jejum.

Grande parte dos pacientes necessita de uma abordagem inicial com benzodiapínico endovenoso. Sugerimos diazepam 5-10 mg com doses repetidas a cada 10 minutos até obter o grau de sedação desejado – suficiente para garantir conforto e segurança, mantendo leve despertar aos chamados vigorosos. Pacientes com sintomas graves devem ser reavaliados no mínimo a cada hora em terapia intensiva. Pacientes com sintomas leves podem ser reavaliados a cada 4-6 horas e a transição para o diazepam por via oral (5 a 20 mg a cada 4 a 6 horas) pode ser realizada precocemente. Função renal, eletrólitos, função hepática e enzimas pancreáticas de devem ser monitorados diariamente no período crítico que geralmente dura 3 dias.

- **Encefalopatia Hepática.** O paciente com encefalopatia hepática pode preencher critérios para *delirium*. No entanto, essa etiologia geralmente é diferenciada das outras por requerer uma abordagem específica. A encefalopatia hepática pode ser observada na insuficiência hepática aguda ou crônica e manifesta-se com lentificação, déficit de atenção, sonolência, agitação, desorientação e pensamento desorganizado. Sintomas neuromusculares geralmente estão presentes, incluindo bradicinesia, ataxia, hiperreflexia, rigidez, mioclonia, nistagmo e flapping na dorsiflexão das mãos. O exame físico geralmente revela icterícia e ascite.

  A dosagem de amônia pode apoiar o diagnóstico, embora não tenha alta sensibilidade e nem especificidade. O tratamento é baseado na administração de lactulose, ornitina e antibióticos orais não absorvíveis.

Investigação

Investigação de fatores precipitantes

A investigação de fatores precipitantes passíveis de correção é uma das etapas fundamentais na avaliação do paciente com *delirium*. Para garantir que os pontos mais comuns sejam revisados, a avaliação médica deve considerar os seguintes pontos:

Tabela 4 – Fatores precipitantes e pontos de atenção para a avaliação médica

PRECIPITANTE	COMENTÁRIOS	AÇÕES
Infecção	Os quadros infecciosos podem ter apresentação atípica entre os idosos. O *delirium* frequentemente aparece como manifestação inicial de uma infecção.	Checar temperatura, leucócitos e marcadores inflamatórios das últimas 48h. Considere análise de urina. Atenção à propedêutica pulmonar e abdominal.
Desidratação	Comum nos quadros de diarreia e vômito. Também pode ocorrer nos idosos com baixa ingesta alimentar, em uso de diuréticos e acesso limitado aos líquidos (restrição hídrica, líquidos espessados, demência, imobilidade).	Checar diurese, balanço hídrico, evolução de peso. Examinar turgor da pele, hidratação de mucosas. Avaliar capacidade de ingesta hídrica.
Distúrbios Eletrolíticos e Metabólicos	Os distúrbios mais comuns são uremia, hiperglicemia, alterações de sódio e cálcio. Deficiência de vitamina B12 ou tiamina e hipotireoidismo podem ser considerados se a investigação inicial for infrutífera.	Checar os níveis de sódio, cálcio, glicemia, ureia, transaminases e função hepática das últimas 48 horas.
Hipoperfusão ou Hipóxia	São fatores precipitantes de *delirium* comuns nos quadros de sepse grave, choque cardiogênico e insuficiência respiratória.	Checar pressão arterial, sinais de perfusão periférica e saturação. Considerar a possibilidade de gasometria arterial com lactato.
Medicações	Risco elevado em pacientes com polifarmácia, em uso de medicações psicotrópicas e anticolinérgicas. Atenção aos idosos com clearance renal reduzido e sarcopenia, nos quais a farmacocinética pode estar alterada e doses usuais podem ser iatrogênicas.	Revisar a prescrição com atenção a medicações anticolinérgicas, opioides, benzodiazepínicos e outras com atividade em sistema nervoso central.
Dor	Pacientes com demência avançada não expressam sintomas. Observar sinais como gemência, inquietação, taquipneia, posição rígida, expressão facial. Atenção às causas negligenciadas de dor no paciente com demência, incluindo retenção urinária, abdome agudo e úlcera de pressão.	Investigar a dor ativamente. Considerar a otimização da prescrição privilegiando os analgésicos não opioides. No entanto, não deixe de utilizar opioides em doses baixas se for necessário.
Imobilidade	A imobilidade por períodos prolongados pode ser uma causa dor osteomuscular, inquietação e sensação de aprisionamento.	Considerar a possibilidade de transferir o paciente para a poltrona ou diminuir o intervalo de reposicionamento.
Obstipação	A obstipação está associada aos quadros de *delirium* por mecanismos pouco conhecidos, mas que podem envolver o próprio desconforto abdominal.	Checar a data da última evacuação e considerar a necessidade de medidas farmacológicas.
Sondas, Cateteres e Contenção Física	Esses dispositivos podem trazer restrição, incômodo, dificuldade de posicionamento no leito e sensação de aprisionamento.	Verificar a possibilidade de retirar os dispositivos o mais breve possível.

Indicação de exames complementares

- **Exames Laboratoriais.** Uma revisão dos exames laboratoriais deve ser realizada. Exames essenciais que não estiverem disponíveis devem ser solicitados e os que não forem recentes (últimas 48 horas) devem ser atualizados. Entre os exames essenciais na investigação do *delirium* podemos citar: **hemograma completo, eletrólitos, glicemia, função renal, função hepática, marcadores inflamatórios e análise de urina.** Num segundo momento a possibilidade de deficiência de vitamina B12 ou hipotireoidismo podem ser investigadas. As dosagens séricas de digoxina e lítio devem ser consideradas nos pacientes que utilizam essas medicações de janela terapêutica estreita e potencialmente implicadas no *delirium*;

- **Neuroimagem.** Embora não exista indicação de neuroimagem estrutural em todos os casos de *delirium,* é importante que se tenha um limiar baixo para utilização desse recurso, pois nem toda lesão estrutural determina déficits focais. Por sua rapidez e facilidade de realização em pacientes confusos e pouco cooperativos, a tomografia de crânio (TC) sem contraste é o exame inicial em grande parte das situações;

- **Líquido Cefalorraquidiano (LCR) e Eletroencefalograma (EEG).** Ambos exames complementares que devem ser considerados em casos selecionados, após uma avaliação inicial básica e com o apoio de um especialista. O LCR e o EEG são especialmente úteis na presença de alguns sintomas ou sinais específicos ou quando não houver fatores precipitantes identificados. As principais indicações de exames complementares estão resumidas na Tabela 5.

Tabela 5 – Possíveis indicações de exames complementares

	IMAGEM	LCR	EEG
Déficit focal no exame neurológico	•		
Incapaz de cooperar no exame neurológico	•		
História de trauma (incluindo queda)	•		
***Delirium* iniciado após início de anticoagulação plena**	•		
Quadro infeccioso sem foco determinado	•	•	
Presença de cefaleia persistente	•	•	
Antecedente de epilepsia			•
Fasciculação de músculos faciais, nistagmo ou automatismos da boca			•
Etiologia indeterminada (não explicada por outros fatores clínicos)	•	•	•
Sem melhora após tratamento dos fatores precipitantes identificados	•	•	•

Indicação de avaliação especializada

A avaliação de um especialista com formação Neuropsiquiatria Geriátrica não é obrigatória em todos os casos, mas deve ser considerada em casos atípicos ou de difícil manejo. As seguintes especialidades podem ser consultadas de acordo com as características do caso:

- **Psiquiatria:** diagnóstico diferencial dos transtornos psiquiátricos primários (esquizofrenia, mania), depressão grave, sintomas psicóticos exuberantes ou atípicos;

- **Neurologia:** sinais ou sintomas focais, suspeita de estado epiléptico não convulsivo ou suspeita de doença neurológica primária;

- **Geriatria:** quadros clínicos caracterizados por multimorbidade, polifarmácia, fragilidade e demência avançada.

Tratamento

Abordagem não farmacológica

As medidas preventivas já descritas devem ser reforçadas para garantir a manutenção do ciclo sono-vigília, favorecer a orientação temporal, promover a sensação de familiaridade com o ambiente e implementar atividades de estimulação cognitiva. Além disso, algumas medidas adicionais devem ser instituídas:

- Os cuidadores devem receber **o folheto informativo sobre *delirium*,** que traz explicações sobre essa condição. As informações escritas devem ser reforçadas por explicações do enfermeiro da unidade;

- As **intervenções de reorientação** devem ser implementadas pelos familiares e pela equipe. O paciente deve ser relembrado – de forma gentil e quantas vezes for preciso – sobre o que está fazendo no hospital, o nome do hospital, quem o visitou nos últimos dias, o nome de pessoas da equipe que realizam o atendimento, que dia é hoje, a data de previsão de alta etc;

- O paciente deve ser alocado **próximo ao posto de enfermagem** para facilitar os cuidados;

- Algumas **técnicas de comunicação** úteis para lidar com o paciente agitado devem ser utilizadas pelos profissionais e ensinadas aos familiares. Observe as seguintes diretrizes:

- **Valorize as preocupações:** mesmo que sejam irreais, as demandas devem ser valorizadas. Utilize frases como: "Entendo a sua preocupação, nós vamos cuidar disso" ou "Você tem razão de estar chateado, mas estamos aqui para ajudar";

- **Utilize o toque e o contato visual sempre que possível:** caso julgue adequado do ponto de vista pessoal e cultural, segure a mão do paciente e faça contato visual enquanto conversa. Reforce a importância dessa atitude para os familiares;

- **Não corrija o paciente com confrontações, ironia ou ridicularização**: mesmo que o paciente esteja equivocado e apresente ideias sem sentido, não confronte, não tente provar algo por argumentos lógicos e não ridicularize. Prefira redirecionar a conversa para assuntos agradáveis.

Antipsicóticos

Embora não existam medicações comprovadamente efetivas no tratamento do *delirium*, os antipsicóticos têm sido utilizados com frequência na prática clínica. Em uma metanálise que reuniu 19 estudos, Neufeld e cols (2016) não encontraram evidências consistentes sobre os benefícios dos antipsicóticos na duração ou na gravidade do *delirium*. Há ainda preocupações com os efeitos adversos dessa classe de medicamentos, incluindo risco de eventos cerebrovasculares, sedação excessiva e pneumonia aspirativa. Assim, atualmente recomenda-se que os antipsicóticos sejam reservados para as situações de **agitação grave e/ou sintomas psicóticos importantes quando as medidas não farmacológicas já tiverem sido esgotadas.** Como não há evidências claras sobre a superioridade de algum antipsicótico no controle da agitação em pacientes com *delirium*, a escolha do agente deve ser feita com base no perfil farmacológico e de efeitos colaterais (Tabela 6).

Tabela 6 – Perfil de efeitos colaterais dos antipsicóticos (adaptado de Mo e Yam, 2017)

	DOSE	VIA	SEDAÇÃO	EFEITOS EXTRAPIRAMIDAIS	HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA	EFEITOS ANTICOLINÉRGICOS
Haloperidol (HALDOL®)	Inicial: 1 a 2,5 mg Máxima: 5 mg/d	VO/ IM	●	● ● ●	●	●
Risperidona (RISPERDAL®)	Inicial: 0,5 a 1 mg Máxima: 2 mg/d	VO	●	● ●	● ● ●	●
Olanzapina (ZYPREXA®)	Inicial: 2,5 a 5 mg Máxima: 10 mg/d	VO	● ●	● ●	● ●	● ● ●
Quetiapina (SEROQUEL®)	Inicial: 12,5 a 25 mg Máxima 200 mg/d	VO	● ● ●	●	● ● ●	● ● ●

- **Haloperidol.** Por reunir o maior corpo de evidências e apresentar menor efeito sedativo, permanece sendo o agente de primeira escolha em grande parte dos casos. No entanto, deve ser evitado nos pacientes com parkinsonismo.
  Nos casos de agitação extrema com agressividade, quando a via oral é impraticável, o haloperidol deve ser administrado em dose única de 1 mg a 2,5 mg por via intramuscular ou endovenosa. O efeito começa a ser observado em 30 a 60 minutos e, portanto, uma nova dose pode ser repetida após esse período. O haloperidol não deve ser utilizado por via endovenosa em ambientes não monitorizados, pois a administração por essa via está associada prolongamento de QT;

- **Risperidona.** Antipsicótico atípico com potência anti-dopaminérgica semelhante à do haloperidol, porém com menor risco de efeitos extra-piramidais. Por sua baixa afinidade por receptores muscarínicos, tem a vantagem de possuir carga anticolinérgica reduzida. A afinidade por receptores α2-adrenérgicos pode causar ou agravar quadros de hipotensão ortostática. A risperidona apresenta eliminação renal e deve ter a dose reduzida pela metade em pacientes com clearance < 30 mL/min;

- **Olanzapina.** Antipsicótico atípico com afinidade por uma grande variedade de receptores. Em pacientes hospitalizados, o uso contínuo pode ter a vantagem de promover ganho de peso e reduzir sintomas de náusea, mas por outro lado pode causar sedação, apresentar efeitos anticolinérgicos e piorar o controle glicêmico. Sua meia vida longa (30 horas) impede a titulação rápida e dificulta o uso no manejo agudo do *delirium*;

- **Quetiapina.** Antipsicótico atípico com maior afinidade por receptores $5HT_2$ e menor afinidade por receptores D_2. Por apresentar pouco efeito extra-piramidal, é considerado o agente de escolha em pacientes com parkinsonismo. A meia vida curta da quetiapina (6 horas) facilita a sua titulação no ambiente hospitalar. As evidências de benefício da quetiapina no *delirium* foram obtidas apenas em doses relativamente altas (100-400 mg/dia) em ambiente de terapia intensiva. No entanto, doses elevadas de quetiapina nas unidades de internação devem ser evitadas pelo efeito sedativo proeminente (inibição de receptores H_1), hipotensão postural (inibição alfa-adrenérgica) e efeitos anticolinérgicos;

- **Outros Antipsicóticos Atípicos.** O uso da ziprazidona em idosos hospitalizados deve ser feito com cuidado por seu efeito importante no prolongamento do intervalo QT. A clozapina não é um agente de escolha, pois além de não existirem evidências de sua efetividade, casos de *delirium* induzido por essa medicação foram descritos. O aripiprazol tem sido sugerido por alguns autores no *delirium* hipoativo por causar menos sedação. No entanto, há pouca experiência clínica para justificar esse uso. Assim, o uso da ziprazidona, da clozapina e do aripiprazol deve ser restrito a especialistas em casos muito selecionados;

- **Antipsicóticos Típicos de Baixa Potência.** Os antipsicóticos típicos de baixa potência foram muito utilizados no passado. Como exemplo podemos citar clorpromazina (Amplictil®), tioridazina (Melleril®), levomepromazina (Neozine®), periciazinha (Neuleptil®). Ao contrário do haloperidol, apresentam baixa afinidade por receptores dopaminérgicos, sendo necessárias doses altas (sedativas) para alcançar efeito antipsicótico. Recomendamos que os agentes dessa classe sejam evitados em pacientes hospitalizados com *delirium*.

Dexmedetomidina

A dexmedetomidina é um agonista seletivo do receptor alfa-2 adrenérgico que possui propriedades sedativas, ansiolíticas e analgésicas. Pacientes sedados com dexmedetomidina apresentam mínima depressão respiratória, interagem mais e são despertados com maior facilidade, de forma que o agente também pode ser utilizado em pacientes não intubados. No entanto, a dexmedetomidina não deve ser utilizada em ambientes sem monitorização pelo risco de sedação excessiva, hipotensão e bradicardia.

Embora o uso preferencial da dexmedetomidina esteja bem estabelecido em pacientes com alto risco de *delirium* que precisam de sedação, a sua indicação no tratamento do *delirium* em pacientes que não teriam indicação de sedação ainda é controversa. Em um pequeno estudo não randomizado, Carrasco e cols. (2016) observaram desempenho superior da dexmedetomidina em comparação ao haloperidol. Em uma revisão sistemática recente, Flükiger e cols. (2018) concluíram que não há evidência suficiente para uso da dexmedetomidina como agente de primeira escolha no tratamento do *delirium*. Em pacientes de terapia intensiva que não necessitam de sedação, sugerimos que a dexmedetomidina seja considerada como agente de segunda linha em casos de agitação grave sem resposta aos antipsicóticos.

A solução de infusão deve ser preparada com 1 ampola de 2 mL (100 mcg/mL) em 48 mL de cloreto de sódio a 0,9% (ou 4 mL em 96 ml), de forma a resultar em uma solução com 4 mcg/mL. Uma dose de 1 mcg/kg deve ser administrada em 10 minutos e a infusão de manutenção deve variar de 0,2 a 0,7 mcg/kg por hora.

Clonidina

Assim como a dexmedetomidina, a clonidina é um agonista alfa-2 adrenérgico que tem propriedades farmacológicas semelhantes, embora com menor seletividade. Embora ainda não existam bons estudos comprovando a sua efetividade no tratamento do *delirium*, a clonidina tem sido proposta para substituir dexmedetomidina após o seu desmame ou mesmo como alternativa em ambientes sem monitorização (Neerland e cols., 2015).

No primeiro dia de uso a clonidina deve ser administrada na dose de 0,1 mg a cada 3 horas até o máximo de 4 doses se houver necessidade. A manutenção é realizada com 0,1 mg a cada 12 horas. A medicação não deve ser iniciada em pacientes com pressão arterial sistólica (PAS) < 120 mmHg ou frequência cardíaca (FC) < 60 bpm. As doses subsequentes devem ser atrasadas ou não administradas em caso de PAS < 100 mmHg ou FC <50.

Melatonina e análogos

Os estudos realizados até o momento com a melatonina analisaram o seu papel na prevenção do *delirium*. Não existem boas evidências sobre o papel da melatonina no tratamento do *delirium* já estabelecido. Alguns relatos preliminares dão conta de que a melatonina em doses moderadamente altas (3 mg - 6 mg) possa ser efetiva no tratamento do *delirium*. Atualmente diversos estudos estão sendo conduzidos para testar essa hipótese. Devido ao baixo potencial de efeitos adversos, o uso da melatonina pode ser considerado no tratamento do *delirium*, especialmente em casos com desorganização do ciclo sono-vigília. Nesses casos a melatonina pode ser administrada em doses de 3 mg a 6 mg cerca de 30 minutos antes do horário pretendido para o sono. Um análogo da melatonina denominado ramelteon tem apresentado resultados promissores em ensaios clínicos, mas ainda não está disponível no Brasil.

Tiamina

A encefalopatia por deficiência de tiamina (encefalopatia de Wernike) é observada tipicamente em indivíduos alcoólatras ou desnutridos. Manifesta-se por confusão mental, distúrbios oculomotores e ataxia. No entanto a tríade clássica nem sempre se apresenta de forma completa e tem sido subdiagnosticada nos casos de *delirium*. Como a tiamina é praticamente isenta de efeitos adversos, a sua administração deve ser considerada em pacientes com *delirium*, especialmente naqueles com histórico de etilismo ou que apresentam sinais de desnutrição. A tiamina deve ser administrada por infusão endovenosa na dose inicial de 500 mg em 30 minutos. A seguir a tiamina é mantida na dose de 200 mg 3 vezes ao dia por 3 dias (Galvin e cols., 2010).

Benzodiazepínicos

De forma geral os benzodiazepínicos devem ser evitados no paciente com *delirium*, pois podem piorar o quadro confusional, causar agitação paradoxal e sedação excessiva. Assim, o uso dos benzodiazepínicos deve ser restrito aos casos de *delirium* tremens e no contexto dos momentos finais de vida (sedação paliativa). Nos pacientes que fazem uso continuado dos benzodiazepínicos a medicação pode ser mantida para evitar quadros de abstinência. No entanto nesses casos deve-se considerar a possibilidade de reduzir a dose para 50% do habitual e suspender caso haja sonolência excessiva.

Contenção física

A contenção física nos quadros de *delirium* deve ser uma conduta excepcional, que se justifica apenas quando há risco à integridade física do paciente ou daqueles que estão à sua volta, após o esgotamento de todos os recursos de tratamento não farmacológico e farmacológico. Em pacientes com nível de consciência minimamente preservado, a contenção provavelmente será interpretada como uma agressão. Nos pacientes torporosos, a restrição representará um desconforto adicional. Em ambos os casos a contenção física contribuirá para agravar o quadro confusional e a agitação.

Além de agravar o *delirium*, a contenção física dificulta o reposicionamento no leito, causando dor osteomuscular e aumentando substancialmente o risco de lesão por pressão. O decúbito dorsal forçado por tempo prologado pode dificultar a dinâmica respiratória e aumentar o risco de broncoaspiração. Em estudo prospectivo que acompanhou 331 pacientes hospitalizados com *delirium*, aqueles submetidos a contenção física apresentaram risco nove vezes maior de óbito após ajuste para outros fatores de confusão (Grover e cols., 2013).

Quando a contenção física for impreterível, alguns cuidados devem ser observados. O paciente deve receber explicações simples e assertivas sobre o fato de que a contenção está sendo realizada para a sua própria segurança e que será retirada o mais breve possível. A família deve receber esclarecimentos e estar de acordo com o fato de que essa é a melhor opção. O paciente contido deve ser submetido a reavaliações frequentes, de acordo com as recomendações do protocolo específico. É importante que a equipe seja treinada para manter a contenção pelo tempo mínimo necessário e não utilizar essa medida como estratégia de facilitação dos cuidados.

Reavaliações e seguimento

Pacientes com *delirium* que apresentam rebaixamento do nível de consciência ou condições potencialmente graves associadas (eg.: choque séptico, AVC) são mantidos em UTI. Caso não haja condição grave associada, o paciente com *delirium* deve ser alocado em apartamento. A presença de agitação grave não deve ser isoladamente um critério de transferência para UTI. Ao contrário, o paciente com *delirium* pode piorar nesse ambiente.

Pacientes que se apresentam com *delirium* no pronto socorro devem ter fluxo preferencial na transferência para o apartamento, já que a permanência em um ambiente tumultuado e ruidoso podem agravar os sintomas.

Caso a administração de alguma medicação tenha sido necessária para o controle de agitação grave, o paciente deve ser reavaliado no intervalo de 30 a 60 minutos.

Nas UI e no PS, sempre que o médico plantonista é acionado pelo protocolo de *delirium* deve fazer contato com a equipe titular do caso. Nessa mesma oportunidade deve definir junto à equipe titular quem fará as reavaliações e o acompanhamento. Na UTI a necessidade de contato com a equipe titular deve ser definida a cada caso pelo plantonista responsável pelo atendimento.

Prognóstico

Embora seja uma condição potencialmente reversível, o *delirium* tem duração muito variável e pode determinar sintomas persistentes. Em alguns casos o paciente nunca recupera o nível prévio de funcionamento cognitivo.

Em uma revisão sistemática de 18 estudos, Cole e cols. (2009) observaram que 45% dos pacientes que apresentavam *delirium* durante a internação receberam alta com *delirium*. No seguimento, o *delirium* persistia em 33% dos casos após um mês, em 26% após 3 meses e 21% após 6 meses.

Os familiares do paciente com *delirium* devem ser informados de forma realista sobre a grande probabilidade de persistência de alguns sintomas no momento da alta e sobre o fato de que em alguns casos os sintomas podem persistir por vários meses.

Indicadores

Quatro indicadores de processo serão monitorados nesse protocolo:

Taxa de Avaliação Médica no Tempo Adequado
Numerador: pacientes com avaliação médica realizada em até 30 minutos
Denominador: total de pacientes com suspeita de *delirium*
(indicada pela abertura do formulário do protocolo)
Meta: ≥ 90%

Taxa de Correção de Fatores Precipitantes

Numerador: casos com anotação de conduta médica em formulário indicando tentativa de correção de pelo menos um fator precipitante
Denominador: total de casos com diagnóstico de *delirium*
Meta: ≥ 50%

Taxa de Prescrição de Antipsicóticos

Numerador: casos em que a avaliação resultou em prescrição de antipsicótico
Denominador: total de casos com diagnóstico de *delirium*
Meta: < 50%

Taxa de Prescrição de Benzodiazepínicos

Numerador: casos em que a avaliação resultou em prescrição de benzodiazepínico
Denominador: total de casos com diagnóstico de *delirium*
Meta: < 5%

FLUXO GERAL DO PROTOCOLO DE *DELIRIUM*

PREVENÇÃO E RASTREIO

➔ Identificar pacientes com alto risco de *delirium:*
- Idade ≥ 75 anos
- Antecedente de síndrome demencial ou qualquer evidência de comprometimento cognitivo

➔ Implementar as medidas de prevenção do *delirium:*
- Favorecer o ciclo sono-vigília
- Favorecer a orientação e a familiaridade com o ambiente
- Utilizar dispositivos de correção para déficit visual e auditivo
- Promover a estimulação cognitiva
- Promover a mobilidade segura
- Evitar sondas cateteres e contenções
- Evitar a desidratação
- Evitar a obstipação
- Identificar e tratar a dor
- Evitar medicações anticolinérgicas e sedativas

➔ Observar as situações que devem levantar suspeita de *delirium:*
- Períodos de confusão
- Desorientação no tempo ou no espaço
- Agitação psicomotora
- Sonolência excessiva
- Desorganização do ciclo sono-vigília
- Alucinações
- Alteração de comportamento

SUSPEITA

■ Suspeita de *delirium* ou *delirium* já diagnosticado com piora acentuada?

➔ Acionar o médico plantonista da unidade e abrir o formulário do protocolo

➔ A avaliação médica deve ser realizada em até 30 minutos e basear-se nos seguintes elementos:
- Exame neurológico dirigido;
- Aplicação do CAM;
- Definir junto à equipe titular quem reavaliará e acompanhará o caso

■ O diagnóstico de *delirium* foi confirmado?

SIM

NÃO — **➔ Encerrar o formulário e manter observação**

INVESTIGAÇÃO

➔ Investigar fatores potencialmente reversíveis
- Infecção
- Dor
- Desidratação
- Imobilidade
- Distúrbios Hidroeletrolíticos
- Obstipação
- Distúrbios Metabólicos
- Sondas e Cateteres
- Hipoperfusão ou Hipóxia
- Contenção Física
- Medicações anticolinérgicas ou psicoativas

➔ Avaliar a necessidade de exames complementares
- Revisar hemograma, eletrólitos, glicemia, função renal, função hepática, marcadores inflamatórios e análise de urina

** Considerar TC de crânio sem contraste, LCR e EEG de acordo com o perfil de cada caso*

TRATAMENTO

➔ Tratamento Não Farmacológico
- Intensificação das ações descritas no tópico "medidas preventivas"
- Intervenções de reorientação no tempo e espaço
- Orientação dos familiares e cuidadores
- Orientação dos familiares e cuidadores

■ Agitação grave após esgotamento dos recursos de tratamento farmacológico?

➔ Tratamento Farmacológico
- Haloperidol (Inicial: 1 a 2,5 mg; Máx.: 5 mg; VO ou IM)
- Risperidona (Inicial: 0,5 a 1 mg; Máx.: 2 mg: VO)
- Olanzapina (Inicial: 2,5 a 5 mg; Máx.: 10 mg; VO)
- Quetiapina (Inicial: 25 a 50 mg; Máx.: 200 mg; VO)

** Considerar melatonina 3-6 mg à noite em pacientes com desorganização do ciclo sono-vigília*
** Considerar tiamina 200mg EV 8/8h em pacientes alcoólatras ou desnutridos*
** Considerar dexmedetomidina 0,2 a 0,7 mcg/kg/h nos casos refratários em ambientes monitorizados*

Referências bibliográficas

APA – American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Carrasco G, Baeza N, Cabré L, Portillo E, Gimeno G, Manzanedo D, Calizaya M. Dexmedetomidine for the Treatment of Hyperactive Delirium Refractory to Haloperidol in Nonintubated ICU Patients: A Nonrandomized Controlled Trial. Crit Care Med. 2016 Jul;44(7):1295-306.

Cole MG, Ciampi A, Belzile E, Zhong L. Persistent Delirium in older hospital patients: a systematic review of frequency and prognosis. Age Ageing. 2009 Jan;38(1):19-26.

Duan X, Coburn M, Rossaint R, Sanders RD, Waesberghe JV, Kowark A. Efficacy of perioperative dexmedetomidine on postoperative Delirium: systematic review and meta-analysis with trial sequential analysis of randomised controlled trials. Br J Anaesth. 2018 Aug;121(2):384-397.

Flükiger J, Hollinger A, Speich B, Meier V, Tontsch J, Zehnder T, Siegemund M. Dexmedetomidine in prevention and treatment of postoperative and intensive care unit Delirium: a systematic review and meta-analysis. Ann Intensive Care. 2018 Sep 20;8(1):92.

Galvin R, Bråthen G, Ivashynka A, Hillbom M, Tanasescu R, Leone MA; EFNS. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. Eur J Neurol. 2010 Dec;17(12):1408-18.

Grover S, Ghormode D, Ghosh A, Avasthi A, Chakrabarti S, Mattoo SK, Malhotra S. Risk factors for Delirium and inpatient mortality with Delirium. J Postgrad Med. 2013 Oct-Dec;59(4):263-70.

Hirota T, Kishi T. Prophylactic antipsychotic use for postoperative Delirium: a systematic review and meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2013 Dec;74(12):e1136-44.

Inouye SK, Bogardus ST Jr, Baker DI, Leo-Summers L, Cooney LM Jr. The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. J Am Geriatr Soc. 2000 Dec;48(12):1697-706.

Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet. 2014 Mar 8;383(9920):911-22.

Inouye SK, Kosar CM, Tommet D, Schmitt EM, Puelle MR, Saczynski JS, Marcantonio ER, Jones

RN. The CAM-S: development and validation of a new scoring system for Delirium severity in 2 cohorts. Ann Intern Med. 2014 Apr 15;160(8):526-533.

Maldonado JR. Delirium pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. Int J Geriatr Psychiatry. 2017 Dec 26. doi: 10.1002/gps.4823. [Epub ahead of print]

Marcantonio ER. Delirium in Hospitalized Older Adults. N Engl J Med. 2017;377(15):1456-1466.

Mo Y, Yam FK. Rational Use of Second-Generation Antipsychotics for the Treatment of ICU Delirium: A Neuropharmacological Approach. J Pharm Pract. 2017 Feb;30(1):121-129.

Neerland BE, Hov KR, Bruun Wyller V, Qvigstad E, Skovlund E, MacLullich AM, Bruun Wyller T. The protocol of the Oslo Study of Clonidine in Elderly Patients with Delirium; LUCID: a randomised placebo-controlled trial. BMC Geriatr. 2015;15:7.

Ng KT, Shubash CJ, Chong JS. The effect of dexmedetomidine on Delirium and agitation in patients in intensive care: systematic review and meta-analysis with trial sequential analysis. Anaesthesia. 2018 Oct 27. doi: 10.1111/anae.14472.

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 Meta-Analysis. J Am Geriatr Soc. 2016 Apr;64(4):705-14.

O'Keeffe ST, Tormey WP, Glasgow R, Lavan JN. Thiamine deficiency in hospitalized elderly patients. Gerontology. 1994;40(1):18. Schuckit MA. Recognition and management of withdrawal Delirium (Delirium Tremens). N Engl J Med. 2014 Nov 27;371(22):2109-13.

Sze TW, Leng CY, Lin SK. The effectiveness of physical restraints in reducing falls among adults in acute care hospitals and nursing homes: a systematic review. JBI Libr Syst Rev. 2012;10(5):307-351.

Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J, Simpkins SA. Interventions for preventing Delirium in hospitalised non-ICU patients. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Mar 11;3:CD005563. doi: 10.1002/14651858.

Valera GG, Carezzato NL, Vale FA, Hortense P. [Cultural adaptation of the scale Pain Assessment in Advanced Dementia - PAINAD to Brazil]. Rev Esc Enferm USP. 2014 Jun;48(3):462-8.

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.

Anexos

PROTOCOLO DE DELIRIUM (MANTER NO PRONTUÁRIO MÉDICO)

hcor
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SÍRIA

Data: ____/____/____ **Horário:** ____ : ____

ETIQUETA
Nome: _____
Data de Nascimento: _____ / _____ / _____
IH: _____ Leito: _____

ACIONAMENTO

Pelo menos um dos seguintes sinais (novo ou com piora importante)

- ☐ **Períodos em que fica confuso(a) ou fala coisas sem sentido**
- ☐ **Desorientação no tempo ou no espaço**
- ☐ **Agitação psicomotora**
- ☐ **Comportamento diferente do habitual**
- ☐ **Alucinações**
- ☐ **Desorganização do ciclo sono-vigília**
- ☐ **Sonolência excessiva**

Responsável pelo Acionamento: _____
CARIMBO

▶ EXAME NEUROLÓGICO

☐ NORMAL ☐ ALTERADO (descrever) ➔ _____

▶ CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

	AUSENTE	PRESENTE
1. Mudança aguda no estado mental OU curso flutuante durante o dia *Períodos de confusão, desorientação, alteração de comportamento, agitação ou sonolência representando mudança em relação ao estado habitual.*	☐ INTERROMPER SEM *DELIRIUM*	☐ seguir adiante
2. Déficit de atenção *Não acompanha a conversa, alheio ao que se passa ou dificuldade no teste de atenção (descrito no verso).*	☐ INTERROMPER SEM *DELIRIUM*	☐ seguir adiante
3. Alteração do nível de consciência (RASS ≠ 0) ☐ (+1) Inquieto ☐ (+2) Agitado ☐ (+3) Muito Agitado ☐ (+4) Combativo ☐ (-1) Sonolento ☐ (-2) Sedação leve ☐ (-3) Sedação moderada ** Não aplicar o CAM se RASS -4 ou -5 (sedação intensa ou não desperta)*	☐ seguir adiante	☐ CONFIRMA *DELIRIUM*
4. Pensamento desorganizado *Apresenta ideias sem lógica, incoerentes, muda o tema da conversa de forma imprevisível ou comete erros nas questões de avaliação (descritas no verso).*	☐ EXCLUI *DELIRIUM*	☐ CONFIRMA *DELIRIUM*

** O CAM é positivo quando alterações nos itens 1 **E** 2 estão presentes em adição ao item 3 **OU** item 4.*

▶ DIAGNÓSTICO

***Delirium* confirmado?** ☐ NÃO ➔ Protocolo encerrado ☐ SIM ➔ Seguir adiante

▶ FATORES PRECIPITANTES POSSIVELMENTE ASSOCIADOS (assinale um ou mais)

- ☐ **Quadro Infeccioso**
- ☐ **Distúrbio Hidroeletrolítico** (ex.: sódio, cálcio)
- ☐ **Distúrbio Metabólico** (ex.: ureia, glicemia)
- ☐ **Hipoperfusão**
- ☐ **Hipóxia**
- ☐ **Dor**
- ☐ **Medicações** (ex.: anticolinérgicas, sedativas)
- ☐ Outro: _____

▶ CONDUTA MÉDICA

■ **Medidas para correção de fatores precipitantes?** ☐ NÃO ☐ SIM (qual?) ➔ _____

■ **Medicação para o controle de agitação grave?** ☐ NÃO ☐ SIM (qual?) ➔ _____

■ **Médico da equipe titular contatado:** _____

■ **Definição sobre quem fará as reavaliações e o acompanhamento:**
☐ Equipe titular do caso ☐ Equipe de plantão da unidade ☐ Especialista acionado (qual)? _____

Médico responsável pelo preenchimento: _____ Data: ____/____/____ Horário: ____:____
CARIMBO

EXAME NEUROLÓGICO

- Avaliar: nível de consciência, linguagem, motricidade ocular, pupilas, simetria facial, força de MMSS e MMII, parkinsonismo.

AVALIAÇÃO COGNITIVA PARA O CAM

MUDANÇA AGUDA DO ESTADO MENTAL

Leve em conta: comportamento e discurso observados durante a entrevista, testes cognitivos aplicados, relatos do acompanhante e observações da equipe de enfermagem nas últimas 24 horas.

TESTE DE ATENÇÃO

Capaz de articular a fala

"Diga os meses do ano de trás para frente - comece em dezembro e vá voltando até chegar em janeiro."

☐ Finalizou sem erros em menos de 60s ☐ Apresentou erros não auto-corrigidos ou tempo ≥ 60s

Incapaz de articular a fala

"Eu vou dizer uma sequência de 10 letras. Toda vez que ouvir a letra A aperte a minha mão" **(C-A-S-A-B-L-A-N-C-A)**

☐ Finalizou com no máximo 2 erros ☐ Apresentou 3 ou mais erros ou foi incapaz de executar

*** Se o paciente está muito sonolento ou não coopera nos testes, considere essas alterações como evidência de déficit de atenção.**

ORGANIZAÇÃO DO PENSAMENTO

Avalie a coerência do discurso ou faça as questões de resposta sim/não *(respondidas verbalmente ou acenando com a cabeça)*

"Uma pedra flutua na água?" ☐ Acerto ☐ Erro
"Há peixes no mar?" ☐ Acerto ☐ Erro
"Um quilo pesa mais do que dois quilos?" ☐ Acerto ☐ Erro
"Você pode bater um prego com um martelo?" ☐ Acerto ☐ Erro

FATORES PRECIPITANTES

Infecção	Checar temperatura, leucócitos, marcadores inflamatórios, análise de urina e propedêutica pulmonar.
Desidratação	Atenção nos quadros de diarreia, vômito, baixa ingesta, uso de diurético, acesso limitado aos líquidos.
Metabólicos/Hidroeletrolíticos	Checar os níveis de sódio, potássio, cálcio, creatinina, ureia, glicemia, transaminases e função hepática.
Hipoperfusão ou Hipóxia	Checar pressão arterial, perfusão periférica e saturação.
Medicações	Atenção a medicações com alta carga anticolinérgica, benzodiazepínicos, opioides e outras sedativas.
Dor ou outro desconforto	Em pacientes com demência observar gemência, inquietação, taquipneia, posição rígida, expressão facial.
Imobilidade	Considerar a possibilidade de transferir para a poltrona ou diminuir o intervalo de reposicionamento.
Obstipação	Checar a data da última evacuação e considerar a necessidade de medida farmacológica.
Sondas e Cateteres	Verificar a possibilidade de retirar dispositivos que trazem restrição e sensação de aprisionamento.
Contenção Física	Verificar a possibilidade de retirada.

MEDICAÇÕES POTENCIALMENTE ASSOCIADAS A DELIRIUM

• **Medicações com Efeito Anticolinérgico** - Anti-histamínico 1ª geração (hidroxizine, dimenidrato, prometazina etc) - Antimuscarínico urinário (oxibutinina, darifenacina, solifenacina etc) - Antiparkinsoniano anticolinérgico (triexifenidil, biperideno) - Antiespasmótico (escopolamina). - Antidepressivo tricíclico (amitriptilina, nortriptilina, imipramina etc).	• **Benzodiazepínicos** (clonazepam, alprazolam, bromazepam) • **Hipnóticos Não Benzodiazepínicos** (zolpidem, zopiclona) • **Anticonvulsivantes Sedativos** (fenitoína, fenobarbital) • **Opioide** (metadona, morfina, oxicodona, tramadol etc) • **Relaxante Muscular** (carisoprodol, ciclobenzaprina etc) • **Corticoide em dose alta**

ANTIPSICÓTICOS UTILIZADOS EM CASO DE AGITAÇÃO GRAVE

	Dose	Sedação	Efeitos Extrapiramidais	Hipotensão Ortostática	Efeitos Anticolinérgicos
Haloperidol (Haldol®)	Inicial: 1 a 2,5 mg VO ou IM Máxima: 5 mg/dia	●	●●●	●	●
Risperidona (Risperdal®)	Inicial: 0,5 a 1 mg VO Máxima: 2 mg/dia	●	●●	●●●	●
Olanzapina (Zyprexa®)	Inicial: 2,5 a 5 mg VO Máxima: 10 mg/dia	●●	●●	●●	●●
Quetiapina (Seroquel®)	Inicial: 25 a 50 mg VO Máxima: 200 mg/dia	●●●	●	●●●	●●●

** Considerar melatonina 3-6 mg à noite em pacientes com desorganização do ciclo sono-vigília.*
** Considerar tiamina 200 mg EV 8/8h em pacientes etilistas e com sinais de desnutrição.*
** Considerar dexmedetomidina 0,2 a 0,7 mcg/kg/h nos casos refratários em ambientes monitorizados.*
** Evitar benzodiazepínicos a menos que haja sinais sugestivos de abstinência ou delirium tremens.*

Responsável Técnico
Dr. Luiz Carlos V. de Andrade - CRM 48277

hcor
ASSOCIAÇÃO
BENEFICENTE SÍRIA

V.2109

Hcor Complexo Hospitalar / Medicina Diagnóstica – Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 147 – São Paulo – SP
Hcor – Edifício Dr. Adib Jatene: Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 130 – São Paulo – SP
Hcor Medicina Diagnóstica – Unidade Cidade Jardim: Av. Cidade Jardim, 350 – 2º andar – São Paulo – SP
Hcor Onco – Clínica de Radioterapia: Rua Tomás Carvalhal, 172 – São Paulo – SP
Hcor – Consultórios: Rua Abílio Soares, 250 – São Paulo – SP

Tels.: Geral: (11) 3053-6611 – Central de Agendamento: (11) 3889-3939 – Pronto-Socorro: (11) 3889-9944
hcor.com.br