

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

MARIA LUIZA DA SILVA VELOSO
AMARO

TAUANI BELVIS GARCEZ

Delirium

MACEIÓ
2024

EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Gerson Odilon Pereira

Co-organização:

- Tauani Belvis Garcez
- Maria Luiza da Silva Veloso Amaro
- Sandrele Carla dos Santos

sarvier

MARIA LUIZA DA SILVA VELOSO
AMARO
TAUANI BELVIS GARCEZ

Delirium

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à coordenação do
curso de Medicina da
Universidade Federal de Alagoas.

Orientador: Gerson Odilon Pereira

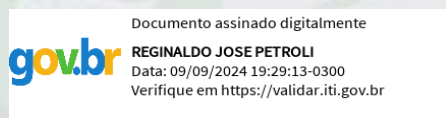


SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a discente Tauani Belvis Garcez, matrícula número: 19110655, cumpriu todas as exigências para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), conforme “Normas para Produção do TCC”, aprovadas pelo colegiado do curso em 24 de julho de 2019. O TCC realizado pelo discente acima, concluído em 11/07/2023, intitula-se: Delirium, que faz parte do livro Urgências e Emergências médicas.

Maceió, 09 de setembro de 2024.



Prof. Dr. Reginaldo José Petroli
Coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso
Faculdade de Medicina - FAMED/UFAL.
SIAPE: 1108003

Pereira, Gerson Odilon

Urgências e emergências médicas / Gerson Odilon Pereira ; organização Tauani Belvis Garcez, Maria Luiza da Silva Veloso Amaro, Sandrele Carla dos Santos. -- 1. ed. -- São Paulo : Sarvier Editora, 2023.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5686-040-4

1. Emergências médicas 2. Emergências médicas - Manuais, guias, etc 3. Urgências médicas I. Garcez, Tauani Belvis. II. Amaro, Maria Luiza da Silva Veloso. III. Santos, Sandrele Carla dos. IV. Título.

CDD-616.025

23-166323

NLM-WB-100

Índices para catálogo sistemático:

1. Emergências médicas 616.025

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Delirium

- Maria Luiza da Silva Veloso Amaro
- Tauani Belvis

► DEFINIÇÃO/INTRODUÇÃO

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-5-TR, 2022), o delirium é um comprometimento agudo da atenção acompanhado da redução da consciência e de um distúrbio adicional da cognição, quando o quadro não pode ser mais bem explicada por algum transtorno neurocognitivo preexistente ou em desenvolvimento. Nesse sentido, o quadro de delirium se desenvolve em um curto período de tempo, com um curso flutuante, podendo ser explicado por uma condição médica aguda subjacente ou por exposição a substância tóxica, sendo mais prevalente entre idosos hospitalizados (DSM-5-TR, 2022).

Ademais, os pacientes em delirium podem alterar rapidamente entre um estado hiperativo, que é de mais fácil reconhecimento pelos profissionais da saúde, e o estado hipoativo, mais frequente em adultos mais velhos e muitas vezes não identificado como delirium nos serviços de emergência e hospitais (DSM-5-TR, 2022). No contexto hospitalar, o delirium é uma das complicações mais frequentes, acometendo cerca de 20 a 30% dos pacientes internados, além de estar associado ao agravamento de défices cognitivos e funcionais e perda de autonomia (INOUE, 2014). Nesse contexto, é fundamental que os profissionais de saúde, estejam aptos para prevenir, diagnosticar e intervir precocemente nos casos de delirium, visando a reduzir suas consequências (ALMEIDA, 2021).

► FISIOPATOLOGIA E ETIOLOGIA

Os mecanismos fisiopatológicos do delirium ainda permanecem pouco compreendidos; os principais modelos incluem desequilíbrio de neurotransmissores e neuroinflamação (MARCANTONIO, 2017). A atividade dopaminérgica é apontada como um importante contribuinte na fisiopatologia do delirium, provavelmente por seu papel regulador na liberação de acetilcolina. Além disso, o estresse crônico gerado por doença ou trauma ativa o sistema nervoso simpático e o eixo adrenocortical, podendo contribuir para o desenvolvimento de delirium (INOUE, 2006).

A literatura atual defende que o desenvolvimento do delirium é multifatorial e depende de fatores predisponentes e precipitantes (ALMEIDA, 2021). Os fatores predisponentes (Tabela 1) são aqueles que tornam os pacientes mais vulneráveis a apresentarem o quadro de delirium quando expostos aos fatores precipitantes, descritos na Tabela 2.

Tabela 1 Fatores Predisponentes. Fonte: Almeida, 2021.

Fatores predisponentes	
Idade avançada (mais de 70 anos)	Imobilidade
Presença e gravidade da demência	Alcoolismo ou outras perturbações aditivas
Sexo masculino	Dor crônica
Défice cognitivo	Desidratação
Défice da acuidade visual ou auditiva	História prévia de delirium
Medicação/polimedicação	Co-morbilidades (AVC, depressão, doença renal ou hepática)

AVC = Acidente Vascular Cerebral.

Tabela 2 Fatores Precipitantes do delirium. Fonte: Almeida, 2021.

Fatores Precipitantes	
Infecções (ITU, pneumonia)	Uso de medidas de contenção física
Alterações metabólicas (falência hepática, DRC, desequilíbrios hidroeletrólitos, desidratação, hipo/hiperglicemia, hipóxia)	Causas iatrogênicas (medicações, polimedicação, inserção de sonda vesical, status pós-operatório, internamento prolongado)
Deficiências vitamínicas (Vitamina B12, tiamina)	Dor aguda
Doenças endócrinas (disfunção tireoideia, Síndrome Cushing)	Causa intracraniana (trauma, tumor, abscesso, hemorragia subaracnoideia, epilepsia)
Distúrbios de excreção (Obstipação, impactação fecal, retenção urinária)	Alterações do ambiente (internamento ou institucionalização, mudança de casa)
Abuso de substâncias (intoxicação ou abstinência alcoólica, abstinência de barbitúricos)	

ITU = Infecção do trato urinário; DRC = Doença renal crônica.

► DIAGNÓSTICO/QUADRO CLÍNICO

O delirium é uma síndrome ainda subdiagnosticada, provavelmente, pela falta de compreensão dos profissionais e pela carência de estudos. Apresenta uma morbimortalidade considerável, por isso a importância de um diagnóstico rápido para diminuir a chance de agravar o prognóstico (ALMEIDA, 2020).

Os Critérios Diagnósticos, segundo a DSM-V, são: A. Perturbação da atenção (i.e., capacidade reduzida para direcionar, focalizar, manter e mudar a atenção) e da cons-

ciência (menor orientação para o ambiente). B. A perturbação se desenvolve em um período breve de tempo (normalmente de horas a poucos dias), representa uma mudança da atenção e da consciência basais e tende a oscilar quanto à gravidade ao longo de um dia. C. Perturbação adicional na cognição (p. ex., déficit de memória, desorientação, linguagem, capacidade visuoespacial ou percepção). D. As perturbações dos Critérios A e C não são mais bem explicadas por outro transtorno neurocognitivo preexistente, estabelecido ou em desenvolvimento e não ocorrem no contexto de um nível gravemente diminuído de estimulação, como no coma. E. Há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que a perturbação é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de substância (i.e., devido a uma droga de abuso ou a um medicamento), de exposição a uma toxina ou de que ela se deva a múltiplas etiologias.

Tabela 3 Fonte: DSM-5, 2013.

Subtipo	Diagnóstico
Delirium por intoxicação por substância	Na intoxicação por substância quando predominam os sintomas dos Critérios A e C no quadro clínico
Delirium por abstinência de substância	Na abstinência quando os sintomas dos Critérios A e C predominam no quadro clínico
Delirium induzido por medicamento	Diagnóstico ocorre quando toma-se o remédio conforme a prescrição e os sintomas dos Critérios A e C aparecem como efeito colateral
Delirium devido a outra condição médica	A partir da história clínica, do exame físico ou achados laboratoriais que apresentam indício com outra condição médica
Delirium devido a múltiplas etiologias	A partir da história clínica, do exame físico ou achados laboratoriais que apresentam indícios com outras condições médicas

► TRATAMENTO

Não existe comprovação efetiva no tratamento medicamentoso do delirium, entretanto, os antipsicóticos são utilizados com frequência em casos de agitação grave, apesar de não haver estudos que comprovem sua eficácia na duração ou gravidade do delirium. Além disso, deve-se levar em conta os efeitos colaterais dos antipsicóticos na escolha do medicamento.

Tabela 4 Antipsicóticos usados em delirium com agitação grave., Fonte: Hcor.

Antipsicóticos	Haloperidol	Risperidona	Olanzapina	Quetiapina
Dose	Inicial: 1 a 2,5mg Máxima: 5mg/d	Inicial: 0,5 a 1mg Máxima: 2mg/d	Inicial: 2,5 a 5mg Máxima: 10mg/d	Inicial: 12,5 a 25mg Máxima 200mg/d
Via	Oral/Intramuscular	Oral	Oral	Oral

Tabela 5 Antipsicóticos e os seus efeitos colaterais. Fonte: Hcor.

Antipsicóticos	Haloperidol	Risperidona	Olanzapina	Quetiapina
Sedação	+ /+++	+ /+++	++ /+++	+++ /+++
Efeitos Extrapiramidais	+++ /+++	++ /+++	++ /+++	+ /+++
Hipotensão Ortostática	+ /+++	+++ /+++	++ /+++	+++ /+++
Efeitos Anticolinérgicos	+ /+++	+ /+++	+++ /+++	+++ /+++

► REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. *et al.* Diagnóstico, intervenção precoce e prevenção do delirium no adulto: o que fazer na atenção primária à saúde?. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2366. 2021.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2022.
- INOUE, S. K. *et al.* "Delirium in elderly people." **Lancet** (London, England), v. 383, n. 9920, p. 911-22. 2014.
- INOUE, S. K. "Delirium in older persons". **The New England Journal of Medicine**, v. 354, n.11, p. 1157-1165. 2006.
- MARCANTONIO, E. R. Delirium in Hospitalized Older Adults. **The New England journal of medicine**, v. 377, n. 15. 2017.