

DELIRIUM: UMA REVISÃO DE LITERATURA

DELIRIUM: A LITERATURE REVIEW

Gabriella Ferreira Lagares

Graduanda em Medicina, Centro Universitário UNITPAC, Brasil.

Email: lagaresgabriella@gmail.com

Simão Pedro Lopes Rodrigues

Graduando em Medicina, Centro Universitário UNITPAC, Brasil.

Email: simaopedro264@gmail.com

Adriano Junio Moreira de Souza

Graduado em Psicologia e Doutor em Neurociências, docente na UFT, Brasil.

Email: junio.adriano@hotmail.com

Recebido: 10/12/2022 Aceito: 02/01/2023

Resumo

Delirium é uma desordem aguda de atenção, consciência e cognição, que cursa com capacidade reduzida de concentrar ou sustentar a atenção, déficit de memória, desorientação e distúrbios de linguagem. Essa patologia tem uma prevalência elevada em pacientes hospitalizados, sendo mais frequente em idosos. O delirium está relacionado com períodos mais prolongados de hospitalização, com maiores taxas de mortalidade e com maior taxa de institucionalização. Diante disso, é perceptível a importância do estudo dessa patologia a fim de por meio das evidências científicas referente ao tema ser ofertado uma melhor e mais eficiente abordagem terapêutica aos doentes. Este trabalho tem como objetivo fazer uma revisão de literatura sobre o delirium e sua etiologia, epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: Delirium; Idosos hospitalizados; Alteração da consciência; Distúrbio da atenção.

Abstract

Delirium is an acute disorder of attention, consciousness and cognition, which leads to reduced ability to focus or sustain attention, memory deficit, disorientation and language disorders. This pathology has a high prevalence in hospitalized patients, being more frequent in the elderly. Delirium is related to longer periods of hospitalization, higher mortality rates and higher institutionalization rate. In view of this, the importance of studying this pathology is perceptible in order to offer a better and more efficient

therapeutic approach to patients through the scientific evidence on the subject. This work aims to review the literature on delirium and its etiology, epidemiology, pathophysiology, clinical picture, diagnosis and treatment.

Keywords: Delirium; Hospitalized elderly; Alteration of consciousness; Attention disorder.

1. Introdução

Embora o delirium tenha sido descrito na literatura médica por mais de dois milênios, a condição frequentemente não é reconhecida, avaliada ou gerenciada adequadamente (MARCANTONIO, 2017). Ele é definido como uma desordem aguda de atenção, consciência e cognição, que cursa com capacidade reduzida de concentrar ou sustentar a atenção, déficit de memória, desorientação e distúrbios de linguagem (LIMA et al., 2021). É considerada emergência geriátrica e se relaciona com períodos mais prolongados de hospitalização, com maiores taxas de mortalidade e com maior taxa de institucionalização (LÔBO et al., 2010).

Pode ser reconhecido por uma variedade de sintomas, dentre eles desatenção, pensamento desorganizado, consciência alterada e outros múltiplos domínios cognitivos. No entanto, alucinações, delírios, fala incoerente, comportamento, labilidade emocional e alterações do ciclo sono-vigília também pode estar presente. Este conjunto de sinais e sintomas representa a reação alterada do SNC e seu funcionamento ao lidar com condições médicas agudas, intoxicação ou retirada de medicamentos, cirurgia e desequilíbrios eletrolíticos ou metabólicos (BELLELLI; BRATHWAITE; MAZZOLA, 2021).

Esta desordem tende a desenvolver-se em curto período de tempo e pode ser classificada, conforme suas manifestações clínicas, em hipoativa, hiperativa e mista (LIMA et al., 2021). No delirium hiperativo existe aumento da atividade psicomotora e agitação, com tentativas de remoção dos dispositivos invasivos, no tipo hipoativo há lentificação psicomotora, apatia, letargia e diminuição da resposta a estímulos externos e no delirium misto há flutuação imprevisível de sintomas entre os dois subtipos anteriores (LOURO; POSSARI; LIMA, 2021). O subtipo hiperativo é o mais frequentemente reconhecido e o hipoativo o mais comum em idosos (CAETANO, 2021).

O quadro poderá manter-se entre dias (menos de uma semana) a dois meses,

mas tipicamente resolve em 10 - 12 dias, com 15% dos casos a persistir até aos 30 dias (PRAYCE; QUARESMA; NETO, 2018). Delírio tem um impacto adverso na vida pós-alta dos pacientes. Pacientes que tiveram delirium prolongado apresentaram pior cognição global após a alta e maiores riscos de demência e comprometimento cognitivo de longo prazo, independentemente da gravidade e duração do seu delírio (PARK; LEE, 2019).

1.1 Objetivos Gerais

Este trabalho tem por objetivo fazer uma revisão bibliográfica acerca do delirium, abordando seus conceitos gerais, epidemiologia, fisiopatologia, causas, diagnóstico, diagnósticos diferenciais e tratamento.

2. Revisão da Literatura

2.1 Epidemiologia

A incidência do delirium aumenta com a idade avançada, presença de déficit cognitivo, gravidade da doença e comorbidades. No entanto, apesar de comum, é uma condição subdiagnosticada nas organizações de saúde⁵. Em idosos na comunidade ocorre em 1% a 14%, entre os pacientes hospitalizados 14% a 56%, chegando até 70% a 87% em unidade de terapia intensiva (MORAES JUNIOR et al., 2019).

A epidemiologia é bastante diversificada, sobretudo pela variação da idade, situação clínica e contexto de intervenção no paciente. Um terço dos pacientes com mais de 70 anos apresenta o distúrbio na admissão hospitalar e outra metade, durante o período de internação. Também é um quadro frequente naqueles submetidos à cirurgia, com risco entre 10% e 50%, principalmente em fraturas de quadril e intervenções cardíacas (ROSSO et al., 2020).

Nos departamentos de emergência, o delirium afeta 10 a 13% dos idosos, e está associada a um aumento de três vezes na mortalidade, levando a uma taxa de mortalidade semelhante à relatada para infarto agudo do miocárdio ou sepse (GARCEZ, et al., 2017).

2.2 Fisiopatologia

A patogênese do delirium não é claramente delineada (THOM; MOCK; TESLYAR, 2017). Trata-se, provavelmente, da via final de diferentes mecanismos patogênicos, culminando na redução global do metabolismo oxidativo cerebral e falência da transmissão colinérgica. Atividade dopaminérgica em excesso também é apontada como fator contribuinte (LIMA et al., 2021).

Citocinas também podem contribuir por meio do aumento da permeabilidade da barreira hematoencefálica e alteração da neurotransmissão. Estresse crônico gerado por doença ou trauma ativa o sistema nervoso simpático e o eixo adrenocortical, levando ao hipercortisolismo crônico, podendo contribuir para o desenvolvimento de *delirium*, e aumento nos níveis de citocinas (LÔBO et al., 2010).

Atualmente, a teoria mais aceita é a da diminuição da atividade colinérgica acompanhada de aumento dopaminérgico, em parte corroborada pela inatensão causada por medicação anticolinérgica, um dos sintomas cardinais do delirium (PRAYCE; QUARESMA; NETO, 2018).

2.3 Causas

A etiologia é complexa e frequentemente multifatorial, dependendo da interação entre características do doente (ex. gênero, idade), da situação clínica (ex. infecção urinária, infarto agudo do miocárdio) e das características do meio (ex. realização de manobras invasivas, internação em cuidados intensivos). Foram identificadas múltiplas causas e a identificação do fator precipitante é pertinente, dado que em cerca de 50% dos casos o *delirium* é potencialmente reversível (PRAYCE; QUARESMA; NETO, 2018).

O risco de delirium é determinado por fatores de risco predisponentes (ou seja, as características de base dos pacientes) e fatores de risco precipitantes (ou seja, insultos agudos, lesões ou drogas) (POSTAVOITAU et al., 2016).

2.4 Diagnóstico

Embora o delirium seja comum, o diagnóstico depende de um alto índice de suspeita, uma vez que muitas vezes passa despercebido. Existem vários desafios para estabelecer o diagnóstico de delirium em tempo hábil, incluindo o curso flutuante dos sintomas, dificuldade em conduzir testes durante os extremos da perturbação psicomotora, negligenciando o fenótipo hipoativo, e a necessidade de determinar o funcionamento cognitivo de base (CUNHA; PEREIRA, 2020).

O padrão de diagnóstico para delirium é definido pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5). Os critérios diagnósticos do DSM-V são os seguintes (SILBERSWEIG et al., 2019):

a. Perturbação da atenção (i.e., capacidade reduzida para direcionar, focalizar, manter e mudar a atenção) e da consciência (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 viso espacial 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.

A Confusion Assessment Method (CAM – validada em português) está validada para a aplicação em populações idosas, em internação hospitalar ou ambulatorio. A CAM-ICU apenas deverá ser utilizada em unidades de cuidados intensivos. A Delirium Symptom Interview (DSI- sem validação em português) deverá ser utilizada em doentes idosos em enfermarias cirúrgicas ou médicas. O Mini Mental Status Examination (MMSE) é um instrumento psicométrico de rastreio cognitivo,

frequentemente utilizado na prática clínica como rastreio inicial na suspeita de demência. No que diz respeito ao delirium, esta escala não é recomendada para rastreio ou diagnóstico, mas antes como suplemento para avaliação de sintomas cognitivos (PRAYCE; QUARESMA; NETO, 2018).

2.5 Diagnóstico Diferencial Do Delirium

Para realizar o diagnóstico diferencial do delirium é importante levar em consideração diferentes tipos de desordens clínicas que alteram o nível de consciência, como por exemplo demência, depressão e alterações psicóticas não orgânicas. O maior desafio nesse cenário é distinguir o delirium de demência (LÔBO et al., 2010).

O delirium é caracterizado por um início agudo, curso clínico flutuante, duração de dias a semanas, atenção prejudicada, consciência usualmente alterada, psicomotricidade usualmente aumentada ou diminuída, reversibilidade possível, fator desencadeante usualmente presente e funcionalidade preservada até o início do quadro (LÔBO et al., 2010).

Em contraponto, a demência é marcada por um início insidioso, curso clínico progressivo, duração meses a anos, atenção preservada, exceto em fase grave, consciência usualmente preservada, psicomotricidade inalterada, reversibilidade usualmente ausente, fator desencadeante ausente e funcionalidade com piora lenta e progressiva (LÔBO et al., 2010).

2.6 Tratamento

O tratamento do delirium deve ser composto por medidas farmacológicas e não farmacológicas. As intervenções não farmacológicas contribuem para melhoria a médio e longo prazo e redução das complicações. O manejo do comprometimento cognitivo, higiene do sono, mobilidade precoce, suporte auditivo e cuidados com a hidratação do paciente têm sido fatores de melhora do estado funcional e de prevenção da necessidade de contenção física por delirium hiperativo nas enfermarias hospitalares (LAWLOR; BUSH, 2014)

As intervenções farmacológicas devem ser iniciadas somente após uma análise cuidadosa dos riscos e benefícios ser realizada. Em alguns pacientes a suspensão do uso de drogas com potencial delirogênico pode ser eficaz. Os medicamentos da classe dos antipsicóticos são a base do tratamento e demonstram eficácia em todos os tipos de delirium, exceto em casos de delirium causado por álcool ou retirada de sedativos hipnóticos. O haloperidol em doses de 0,5 a 10 mg por dia (intramuscular ou intravenosa) melhora a maioria dos sintomas de delirium e é especialmente efetivo para pacientes agressivos (BURNES; GALLGLEY; BYRNE, 2004).

Os benzodiazepínicos podem ser particularmente útil quando o delirium é causado pela abstinência de álcool ou sedativos. Benzodiazepínicos com rápido início e curta duração de ação, como o lorazepam, são preferidos e podem ser administrados por via oral ou intravenosa, com limite superior recomendado de 2 mg por via intravenosa a cada quatro horas. Outros tratamentos, como medicamentos anticolinesterásicos foi usado com algum sucesso, e os antagonistas da serotonina como a trazodona podem ser úteis. (BURNES; GALLGLEY; BYRNE, 2004).

3. Considerações Finais

O delirium é uma condição clínica muito frequente em pacientes hospitalizados, sendo muitas vezes subdiagnosticado e não recebendo a abordagem terapêutica que necessita. Está associado a períodos mais prolongados de hospitalização, com maiores taxas de mortalidade e com maior taxa de institucionalização, além disso pacientes que tiveram delirium prolongado apresentaram pior cognição global após a alta e maiores riscos de demência e comprometimento cognitivo de longo prazo. Dessa forma, esta é uma condição que deve ser diagnosticada e tratada sempre que presente, a fim de melhorar o prognóstico dos pacientes hospitalizados.

Referências

BELLELLI, Giuseppe; BRATHWAITE, Justin S.; MAZZOLA, Paolo. Delirium: a marker of vulnerability in older people. **Frontiers in Aging Neuroscience**, p. 213, 2021.

BYRNE, J. Delirium Review. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**. v. 75. p. 362-367, february. 2004. Disponível em: <https://jnnp.bmj.com/content/jnnp/75/3/362.full.pdf>. Acesso em: 19 agosto. 2022.

CAETANO, Giovanna Marina et al. Intervenção não farmacológica no manejo de delirium: uma revisão bibliográfica integrativa. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 29, 2021.

CUNHA, Sara. CARINA, Pereira. Delirium: quando os culpados se misturam – relato de caso. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**. v. 36, n. 2, p. 169-174. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12085/pdf>. Acesso em: 19 agosto. 2022.

GARCEZ, Flávio Barretto. Delirium em idosos. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v.15, p. 1-12, dezembro. 2021. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/gga211021a02.pdf>. Acesso em: 19 agosto.

LAWLOR, Peter G. Delirium diagnosis, screening and management. **Current Opinion in Supportive and Palliative Care**. v. 8, n. 3, p. 286-295. Disponível em: https://journals.lww.com/co-supportiveandpalliativecare/Fulltext/2014/09000/Delirium_diagnosis,_screening_and_management.18.aspx. Acesso em: 19 agosto. 2022.

LIMA, Brunna Rodrigues de et al. Incidence of delirium following hospitalization of elderly people with fractures: risk factors and mortality. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021.

LÔBO, Rômulo Rebouças et al. Delirium. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 43, n. 3, p. 249-257, 2010.

LOURO, Luciana Aparecida Vieira; POSSARI, João Francisco; LIMA, Antônio Fernandes Costa. Pharmacological and non-pharmacological treatment of delirium in an oncological hospital service: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

MARCANTONIO, Edward R. Delirium in hospitalized older adults. **New England Journal of Medicine**, v. 377, n. 15, p. 1456-1466, 2017.

MORAES JUNIOR, Rudival Faial de et al. Principais fatores de risco para delirium encontrados nos pacientes idosos internados nas enfermarias de clínica médica de um hospital da Amazônia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 17, p. e272-e272, 2019.

ROSSO, Lucas Henrique et al. Delirium em idosos internados em unidades de emergência: um estudo prospectivo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio Grande do Sul, v. 1, n.69, p.28-43, março. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/zFg4V3hmYjd3TYCxtgdgkvzh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 agosto. 2022.

PARK, Seung Yong; LEE, Heung Bum. Prevention and management of delirium in critically ill adult patients in the intensive care unit: a review based on the 2018 PADIS guidelines. **Acute and Critical Care**, v. 34, n. 2, p. 117-125, 2019.

POSTAVOITAU, Aliaksei. The association between preoperative frailty and postoperative delirium after cardiac. **International Anesthesia Research Society**. v. 123, n. 2, p. 430-435, agosto. 2016. Disponível em: https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2016/08000/The_Association_Between_Preoperative_Frailty_and.19.aspx. Acesso em: 19 agosto. 2022.

PRAYCE, Rita; QUARESMA, Filipa; NETO, Isabel Galriça. Delirium: The 7th Vital Sign?. **Acta medica portuguesa**, v. 31, n. 1, p. 51-58, 2018.

SILBERSWEIG, David. Delirium. **The American Journal Of Psychiatry**. v. 176, n.10, p. 785-793. Disponível em:
<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2018.18070893>. Acesso em: 19 agosto. 2022.

THOM, Pauline Robyn; MOCK, Clare Kelleher; TTESLYAR, Polina. Delirium in hospitalized patients. Risk and benefits of antipsychotics. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**. v.8, n. 84, p. 616-622, agosto. 2017. Disponível em:
<https://www.ccjm.org/content/84/8/616.long>. Acesso em: 19 agosto. 2022.