

Delirium

Última atualização em 14/03/2025 às 10h24

- Metadados
- Ficha técnica
 - Elaboração
 - Revisão do documento
 - Aprovação
- Definição
- Orientações para triagem
 - Tabela 1: Instrumento *Assessment Test for Delirium and Cognitive Impairment (4AT)*
- Critérios de diagnóstico e diagnóstico diferencial
- *Confusion Assessment Method (CAM)*
- SHORT CAM-S (versão curta do *Confusion assessment method-severity score*)
 - Tabela 2: Escala Short CAM-S
- Diagnósticos diferenciais
 - Tabela 3: Diagnósticos Diferenciais de Delirium
- CIDs (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) incluídos neste protocolo
- Exames previstos para confirmação diagnóstica
- Conduta terapêutica medicamentosa
- PERFIL DE EFEITOS COLATERAIS DOS ANTIPSICÓTICOS (MO; YAM, 2017)
 - Tabela 4: Perfil de Efeitos Colaterais dos Antipsicóticos
- Conduta terapêutica não medicamentosa
- Conduta terapêutica invasiva
- Protocolo de internação
- Fluxograma:
- Referência bibliográficas
- Histórico de alterações conforme versionamento

Metadados

Código	Origem	Aplicação	Data Elaboração	Data Última Revisão	Data Próxima Revisão
MAN.RSM.MDC.005	Geriatria	Pronto Atendimento	14/03/2025	14/03/2025	14/03/2028

Ficha técnica

Elaboração

Nome do(s) elaborador(es)	Conselho de classe	Assinatura
Tatiana Elias de Pontes	CRM/SP 139125	

Revisão do documento

Nome do(s) revisor(es)	Conselho de classe	Assinatura
Aida Maria Negrão Esteves	CRM/SP 100042	

Aprovação

Nome do(s) aprovador(es)	Conselho de classe	Assinatura
Lucas Cese Marchett	CRM/SP 139088	

Definição

Delirium ou estado confusional agudo é uma forma de disfunção orgânica caracterizada por desorganização aguda e flutuante das funções cognitivas, provocado por alterações no metabolismo cerebral e potencialmente reversível (APA, 2013). Ocorre ao longo de horas ou dias, com alteração no nível de consciência e distúrbios da orientação, memória, atenção, pensamento, comportamento e agravamento vespertino (INOUE et al., 2014b). Sua principal marca é o déficit atencional. Pode estar associado a alteração do ciclo sono-vigília e sintomas neuropsiquiátricos, como: distúrbios de percepção, como alucinações ou delírios e alterações afetivas. Pode ser hiperativo, hipoativo ou misto (INOUE et al., 2014b). Segundo Marcantonio (2017), os fatores de risco para delirium foram classificados em dois grupos: fatores predisponentes e precipitantes, detalhados a seguir:

Idade avançada, demência (frequentemente não reconhecida clinicamente), deficiências funcionais e uma alta carga de condições coexistentes são fatores predisponentes comuns. Sexo masculino, visão e audição deficientes, sintomas depressivos, comprometimento cognitivo leve, anormalidades laboratoriais e abuso de álcool também foram associados ao aumento do risco. Entre os fatores precipitantes, medicamentos (especialmente agentes hipnóticos sedativos e agentes anticolinérgicos), cirurgia, anestesia, altos níveis de dor, anemia, infecções, doença aguda e exacerbação aguda de doença crônica são os mais comumente relatados.

Quanto mais fatores predisponentes estiverem presentes, menos fatores precipitantes serão necessários. Isso explica por que o delirium geralmente se desenvolve em adultos mais velhos e frágeis que têm precipitantes que não causariam o mesmo quadro em adultos mais jovens (MARCANTONIO, 2017).

Orientações para triagem

4AT (*Assessment Test for Delirium and Cognitive Impairment*)

O instrumento 4AT é um teste de rastreio rápido e simples para delirium e comprometimento cognitivo (BELLELLI et al., 2014; RITTER et al., 2018). O teste é composto por quatro itens principais, cada um com pontuação específica. A pontuação total pode variar de 0 a 12, com maior pontuação indicando maior risco de delirium (BELLELLI et al., 2014):

Tabela 1: Instrumento *Assessment Test for Delirium and Cognitive Impairment* (4AT)

Critério	Descrição	Pontuação
1. Nível de alerta	Paciente está totalmente alerta e normal? Ou apresenta sonolência, confusão ou dificuldade em manter o estado de vigília?	0 = Normal, totalmente alerta 4 = Sonolento, alerta intermitente, difícil despertar, coma
2. Teste de orientação	Paciente sabe dizer a idade, data de nascimento, local e ano corretamente?	0 = Nenhum 1 = Um erro 2 = Dois ou mais erros/não consegue responder
3. Teste de atenção	Paciente pode recitar os meses do ano ao contrário , começando de dezembro?	0 = Completa corretamente 1 = Erro menor 2 = Erro significativo/incapaz de realizar

Critério	Descrição	Pontuação
4. Mudança aguda e curso flutuante	Existe uma mudança aguda no estado mental do paciente relatada pela família	0 = Não 4 = Sim

Fonte: Adaptado de Bellelli, 2014 Nota: Pontuação: 0-3: Sem evidência de delirium / 4 ou mais: Delirium provável (necessário avaliação clínica mais detalhada)

Critérios de diagnóstico e diagnóstico diferencial

QUADRO CLÍNICO Os principais elementos para o diagnóstico do delirium incluem o seguinte quadro clínico (INOUYE et al., 2014b):

- **Início agudo e curso flutuante:** Os sintomas surgem subitamente e variam ao longo do dia.
- **Déficit de atenção:** Dificuldade em manter ou redirecionar o foco.
- **Nível de consciência alterado:** Pode variar de hiperalerta a letargia ou até coma.
- **Distúrbios cognitivos:** Incluem desorientação, comprometimento da memória e alterações na linguagem.

Além disso, INOUYE et al. (2014b) destaca em seu estudo outras características frequentemente associadas ao delirium:

- Alteração no ciclo sono-vigília (insônia, sonolência excessiva durante o dia)
- Distúrbios perceptivos (alucinações ou ilusões)
- Delírios (crenças falsas, geralmente paranoides)
- Alterações psicomotoras (hipoatividade ou hiperatividade)
- Comportamento inapropriado
- Labilidade emocional (mudanças bruscas de humor)

Critérios diagnósticos de delirium segundo o DSM-5 (APA, 2013)

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª Edição (DSM-5) define o delirium como uma síndrome neuropsiquiátrica caracterizada por uma alteração aguda e flutuante na atenção e cognição, frequentemente causada por uma condição médica subjacente, com os seguintes critérios diagnósticos:

A

Alteração na atenção e na consciência, caracterizada por: Redução da capacidade de dirigir, manter e alternar a atenção. Diminuição da consciência do ambiente.

B

Distúrbio cognitivo adicional (ex.: prejuízo na memória, orientação, linguagem, percepção ou habilidades visoespaciais).

C

Início agudo (horas a dias) e curso flutuante ao longo do dia.

D

A alteração não é explicada por um transtorno neurocognitivo preexistente ou em evolução (ex.: demência).

E

Há evidência de que o delirium é consequência direta de uma condição médica, intoxicação/abstinência de substâncias, exposição a toxinas ou múltiplas causas combinadas.

O DSM-5 (APA, 2013) também classifica o delirium em diferentes subtipos com base no padrão de atividade psicomotora:

1. **Delirium Hiperativo** – Agitação, agressividade, alucinações, comportamento desorganizado.
2. **Delirium Hipoativo** – Letargia, apatia, lentidão, pouca resposta a estímulos.
3. **Delirium Misto** – Alternância entre hiperatividade e hipoatividade ao longo do tempo.

Confusion Assessment Method (CAM)

Do ponto de vista clínico, o Método de Avaliação da Confusão (*Confusion Assessment Method* – CAM) é o instrumento mais amplamente utilizado para a identificação de delirium. Foi validado em estudos de alta qualidade com mais de 1000 pacientes, demonstrando sensibilidade de 94%, especificidade de 89% e alta confiabilidade interavaliador (INOUYE et al., 2014b).

O CAM inclui os seguintes critérios de avaliação (INOUYE et al., 1990):

Início agudo e curso flutuante:

- Houve uma mudança aguda no estado mental do paciente? O comportamento flutuou durante o dia?

Desatenção:

- O paciente teve dificuldade em manter o foco?

Pensamento desorganizado:

- O discurso do paciente foi incoerente, divagante ou ilógico?

Nível de consciência alterado:

- O paciente estava hiperalerta, letárgico, em estupor ou coma?

O diagnóstico de delirium é sugerido se os critérios 1 e 2 estiverem presentes e pelo menos um dos critérios 3 ou 4 também estiver presente.

SHORT CAM-S (versão curta do *Confusion assessment method-severity score*)

Para determinar a gravidade do delirium, de forma rápida e eficiente, Inouye et al. (2014a) sugeriram a escala Short CAM-S, uma versão reduzida da escala CAM-S. Ele se baseia nos 4 critérios principais do CAM e fornece uma pontuação de gravidade para o delirium.

Cada um dos 4 critérios do CAM recebe uma pontuação de 0 a 2, dependendo da gravidade do sintoma:

0 pontos: Sintoma ausente

1 ponto: Sintoma presente em forma leve/moderada

2 pontos: Sintoma presente de forma grave

A pontuação total pode variar de 0 a 8, indicando a gravidade do delirium, conforme a tabela 2.

Tabela 2: Escala Short CAM-S

Pontuação	Gravidade do Delirium
0-1	Sem delirium ou leve
2-3	Delirium leve a moderado
4-8	Delirium moderado a grave

Diagnósticos diferenciais

Tabela 3: Diagnósticos Diferenciais de Delirium

Condição	Características principais	Diferenças em relação ao Delirium
Demência	Déficit cognitivo progressivo e insidioso, geralmente sem curso flutuante	O delirium é agudo, flutuante e tem alteração na atenção, enquanto a demência tem progressão lenta e atenção relativamente preservada.
Depressão	Humor deprimido, apatia, retardo psicomotor, queixas subjetivas de memória	No delirium, há flutuação dos sintomas e desatenção grave; na depressão, os déficits cognitivos são estáveis e a consciência está preservada
Esquizofrenia	Alucinações e delírios estruturados, sintomas crônicos e sem curso flutuante	O delirium tem início súbito, curso flutuante e alucinações geralmente visuais; a esquizofrenia é crônica e com sintomas predominantemente auditivos
Transtorno Bipolar (fase)	Hiperatividade, euforia, comportamento	No delirium, há alteração da consciência e desatenção, enquanto

Condição	Características principais	Diferenças em relação ao Delirium
maníaca)	impulsivo, discurso acelerado	na mania a consciência está preservada e o pensamento acelerado é mais organizado
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	Déficits neurológicos focais, início súbito, pode ocorrer com alteração cognitiva	O delirium afeta primariamente a cognição global, enquanto o AVC tem déficits neurológicos localizados (ex.: hemiparesia, afasia)
Epilepsia Não Convulsiva	Episódios de confusão, alteração na responsividade, sem convulsões visíveis	EEG pode ajudar a diferenciar da alteração flutuante do delirium
Intoxicação ou abstinência de substâncias	Uso recente de drogas, álcool ou abstinência (ex.: síndrome de abstinência alcoólica com tremores e alucinações)	O delirium relacionado a substâncias melhora com a eliminação do agente causal

Fonte: Adaptado de Inouye, 2014b; APA, 2013.

CIDs (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) incluídos neste protocolo

F05.0 Delirium não superposto a uma demência

F05.1 Delirium superposto a uma demência

F05.8 Outro Delirium

F05.9 Delirium não especificado

Exames previstos para confirmação diagnóstica

Para distinguir o delirium de seus diagnósticos diferenciais, exames laboratoriais e de imagem podem ser úteis:

EXAMES LABORATORIAIS

A realização de exames laboratoriais é a primeira etapa na investigação do delirium. O hemograma completo é essencial para avaliar sinais de infecção, anemia ou leucocitose, que podem indicar processos inflamatórios sistêmicos (BUSH et al., 2017).

A glicemia capilar e plasmática deve ser verificada para descartar quadros de hipoglicemias ou hiperglicemias, pois ambas as condições podem levar a disfunções neurológicas transitórias (TRULL et al., 2012).

Os distúrbios hidroeletrolíticos estão entre as principais causas de delirium, sendo recomendada a dosagem de sódio, potássio e cálcio. A hiponatremia e a hipercalcemias, por exemplo, são causas bem documentadas de disfunção cognitiva aguda (GUENTHER et al., 2010).

A avaliação da função renal por meio da dosagem de ureia e creatinina é crucial, uma vez que a insuficiência renal pode levar ao acúmulo de toxinas urêmicas no sistema nervoso central (NGUYEN et al., 2017).

A função hepática deve ser analisada por meio de exames como TGO, TGP, bilirrubinas, principalmente em pacientes com histórico de doença hepática, devido ao risco de encefalopatia hepática como causa de delirium (RODRÍGUEZ-MAYORAL et al., 2018).

Se houver suspeita de infecção sistêmica, exames como proteína C reativa (PCR), gasometria venosa e arterial, hemoculturas, urina 1 e urocultura devem ser solicitados, pois infecções urinárias e pneumonia são causas comuns de delirium em idosos hospitalizados (SILVA; FERREIRA; 2023a).

A punção lombar é reservada para a avaliação de febre com cefaléia, sinais meníngeos ou suspeita de encefalite (INOUE et al., 2014b).

EXAMES DE IMAGEM

O eletrocardiograma (ECG) pode ser solicitado na investigação do delirium porque alterações cardíacas podem contribuir para o quadro, seja por hipóxia, distúrbios eletrolíticos, arritmias ou efeitos adversos de medicamentos.

Algumas das principais razões para solicitar um ECG incluem alterações eletrolíticas (ex.: hipocalemia, hipercalemia); arritmias cardíacas, como fibrilação atrial, que podem reduzir a perfusão cerebral e precipitar delirium; infarto do miocárdio, especialmente em pacientes idosos que podem apresentar sintomas atípicos, como alteração do estado mental ao invés de dor torácica; e efeito colateral de medicamentos, como antipsicóticos e antidepressivos (SILVA; FERREIRA; 2023b).

O raio-X de tórax deve ser solicitado em pacientes com sinais clínicos de pneumonia ou insuficiência respiratória, pois a hipóxia é um fator desencadeante do delirium (TORPY; BURKE; GLASS, 2010).

A necessidade de exames de imagem deve ser avaliada caso a caso. A tomografia computadorizada (TC) de crânio é indicada em pacientes com suspeita de AVC, hematoma subdural, neoplasias cerebrais ou hidrocefalia de pressão normal (HUI et al., 2016).

Em casos mais complexos ou quando a TC não fornece um diagnóstico claro, a ressonância magnética (RM) de crânio pode ser útil para identificar alterações estruturais cerebrais que contribuam para o quadro de delirium (MEHTA et al., 2015).

ELETROENCEFALOGRAAMA (EEG)

Em casos de delirium de etiologia incerta, especialmente quando há suspeita de delirium não convulsivo ou encefalopatia metabólica, o eletroencefalograma (EEG) pode ser útil. O EEG pode mostrar padrões característicos de disfunção cerebral difusa, diferenciando o delirium de crises epilépticas não convulsivas (BUSH et al., 2017).

Conduta terapêutica medicamentosa

Quando a causa base responsável pelo delirium é identificada, a terapia específica direcionada para essa condição é o meio mais adequado de reverter o quadro clínico. Restrições físicas devem ser utilizadas apenas como último recurso, para proteção do paciente, visto estarem associadas frequentemente a aumento da agitação e complicações outras, tais como perda de mobilidade, úlceras por pressão, aspiração e prolongamento do delirium. (INOUYE et al., 2014b)

O tratamento farmacológico deve ser reservado aos pacientes com agitação mais grave, ou que estejam em risco em relação à própria segurança, de outros pacientes e da equipe médica. Deve-se estar ciente de que qualquer droga usada no tratamento do delirium causará efeitos psicoativos, podendo piorar ainda mais o estado mental do paciente. Por este motivo, deve-se usar a menor dose, pelo menor período possível (MONTEIRO, KIMINAMI, 2018).

ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS

O haloperidol é amplamente utilizado devido à sua eficácia na redução dos sintomas de delirium. Recomenda-se a administração na menor dose eficaz e por curto período, monitorando possíveis efeitos adversos, como prolongamento do intervalo QT e sintomas extrapiramidais (HCor, 2020; INOUYE et al., 2014b).

Dose inicial: 0,5 a 2 mg VO/IM/IV

Dose máxima: 5 mg/dia

ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

Medicamentos como quetiapina, olanzapina e risperidona têm sido empregados no manejo do delirium, especialmente quando há contraindicações ao uso de antipsicóticos típicos. Esses fármacos apresentam perfil de efeitos colaterais distintos, com menor incidência de sintomas extrapiramidais, mas requerem monitoramento para sedação excessiva e alterações metabólicas (LOURO et al., 2021).

Risperidona (1^a opção de antipsicótico atípico, indicada em pacientes frágeis) (MO, YAM, 2017)

Dose inicial: 0,25 a 0,5 mg VO

Dose máxima: 2 mg/dia

Olanzapina (boa opção para pacientes com alto risco de sintomas extrapiramidais) (BELLELLI et al., 2014)

Dose inicial: 2,5 a 5 mg VO/IM

Dose máxima: 10 mg/dia

BENZODIAZEPÍNICOS

O uso de benzodiazepínicos é geralmente reservado para casos de delirium associado à abstinência de substâncias sedativas, como o álcool. Nessas situações, medicamentos como lorazepam podem ser benéficos. Entretanto, em outros contextos, os benzodiazepínicos podem piorar os sintomas do delirium e, portanto, seu uso deve ser cauteloso (HCor, 2020; MAYO SMITH, 1997).

Dose inicial: 1-4 mg VO / IM / IV a cada 1-2h

Dose máxima: 24 mg/dia

CASOS ESPECÍFICOS

- Considerar dexmedetomidina 0,2 a 0,7 mcg/kg/h nos casos refratários em ambientes monitorizados (LI et al., 2021).
- Considerar reposição de Tiamina 500mg EV 8/8h por 3 dias, seguido de 300 mg VO ou SNE diariamente e contínuo em pacientes etilistas ou desnutridos (HERNANDEZ; MOACYR, 2017).
- Considerar reposição de vitamina B12 com cianocobalamina 5000mcg-FA semanal por 4 semanas e mensal por 5 meses (09 FA) em pacientes com níveis séricos <

400 pg/ml (HERNANDEZ; MOACYR, 2017).

PERFIL DE EFEITOS COLATERAIS DOS ANTIPSICÓTICOS (MO; YAM, 2017)

Tabela 4: Perfil de Efeitos Colaterais dos Antipsicóticos

Fármaco	Sedação	Efeitos extrapiramidais	Hipotensão ortostática	Efeitos anticolinérgicos
Haloperidol	+	+++	+	+
Risperidona	+	++	+++	+
Olanzapina	++	++	++	+++
Quetiapina	+++	+	+++	+++

Fonte: Adaptado de Mo; Yam, 2017

Legenda: +: Baixa incidência ++: Incidência moderada +++: Alta incidência

Correção ciclo sono-vigília

A melatonina é um hormônio regulador do sono que pode ser útil para corrigir o ciclo sono-vigília em pacientes com delirium. Estudos sugerem que doses entre 3 mg e 6 mg antes de dormir podem ajudar a reduzir a incidência e a gravidade do delirium (MARCANTONIO, 2017). Quando a melatonina não é eficaz, a trazodona pode ser considerada em doses baixas (25-50 mg/dia). (INOUE et al., 2014b)

Conduta terapêutica não medicamentosa

Estudos recentes (CAETANO et al., 2021) destacam a eficácia de abordagens multicomponentes e interdisciplinares no manejo do delirium. Essas intervenções envolvem a colaboração de diversos profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, visando à integralidade do cuidado. As estratégias incluem a promoção da autonomia do paciente, adequação do ambiente para garantir segurança e conforto, e estimulação cognitiva e sensorial.

Identificação e correção de fatores de risco

A primeira abordagem no manejo do delirium é identificar e corrigir os fatores predisponentes e precipitantes, como desidratação, hipoxemia, dor, infecções e efeitos adversos de medicamentos (INOUE, 2014b).

Reorientação cognitiva e estimulação sensorial (CAETANO et al., 2021)

- Reforçar a orientação temporal e espacial (calendários, relógios e janelas abertas).
- Estimular a socialização e a conversa com familiares e equipe de saúde.
- Garantir o uso adequado de óculos e aparelhos auditivos, se necessário.

Controle do ambiente hospitalar (MARCANTONIO, 2017)

- Evitar ruídos excessivos, principalmente à noite.
- Manter uma iluminação adequada e ciclos de sono regulares.
- Reduzir o número de trocas de quarto e interrupções desnecessárias.

Mobilização precoce e reabilitação

- Evitar imobilização prolongada e incentivar a deambulação supervisionada.
- Implementar fisioterapia motora e ocupacional para preservar a funcionalidade (BELLELLI, et al., 2014).

Hidratação e nutrição adequadas

- Garantir ingestão hídrica e nutricional adequadas para evitar distúrbios metabólicos (MO; YAM, 2017).
- Adaptar a alimentação a possíveis dificuldades de deglutição.

Controle do sono

- Estabelecer rituais noturnos, evitando luz forte e barulhos desnecessários.
- Evitar sedativos e benzodiazepínicos, que podem piorar o quadro (INOUE et al, 2014b).

Conduta terapêutica invasiva

Não se aplica.

Protocolo de internação

A internação deve ser considerada nos seguintes casos:

- Agitação severa, risco de autolesão ou comportamento agressivo
- Letargia extrema, que compromete a ingestão de alimentos e líquidos
- Tratamento da causa do delirium (seguir protocolo clínico específico: AVC, convulsão, Sepse, Síndrome Coronariana Aguda, Tromboembolismo Pulmonar)

Sugere-se acionar o Hospital Virtual da Psiquiatria nas situações abaixo:

- Sinais e sintomas de um transtorno psiquiátrico subjacente, como sintomas de depressão, ansiedade, alucinações ou delírios;

- Etiologia do delirium for desconhecida ou se houver suspeita de uma causa psiquiátrica, como abuso de substâncias ou doença mental;
- Se houver risco de comportamento suicida ou violento associado ao delirium;
- Se o delirium não responder ao tratamento padrão, como medicação para controle de sintomas e medidas de suporte, depois de ajuste de dose adequada de antipsicóticos, pelo menos com dois ou três ajustes de dose, avaliar com a psiquiatria transferência para leitos referenciados para psiquiatria;
- Paciente com histórico significativo de transtornos psiquiátricos ou esteja em tratamento para um transtorno psiquiátrico.

Critérios de exceção do protocolo

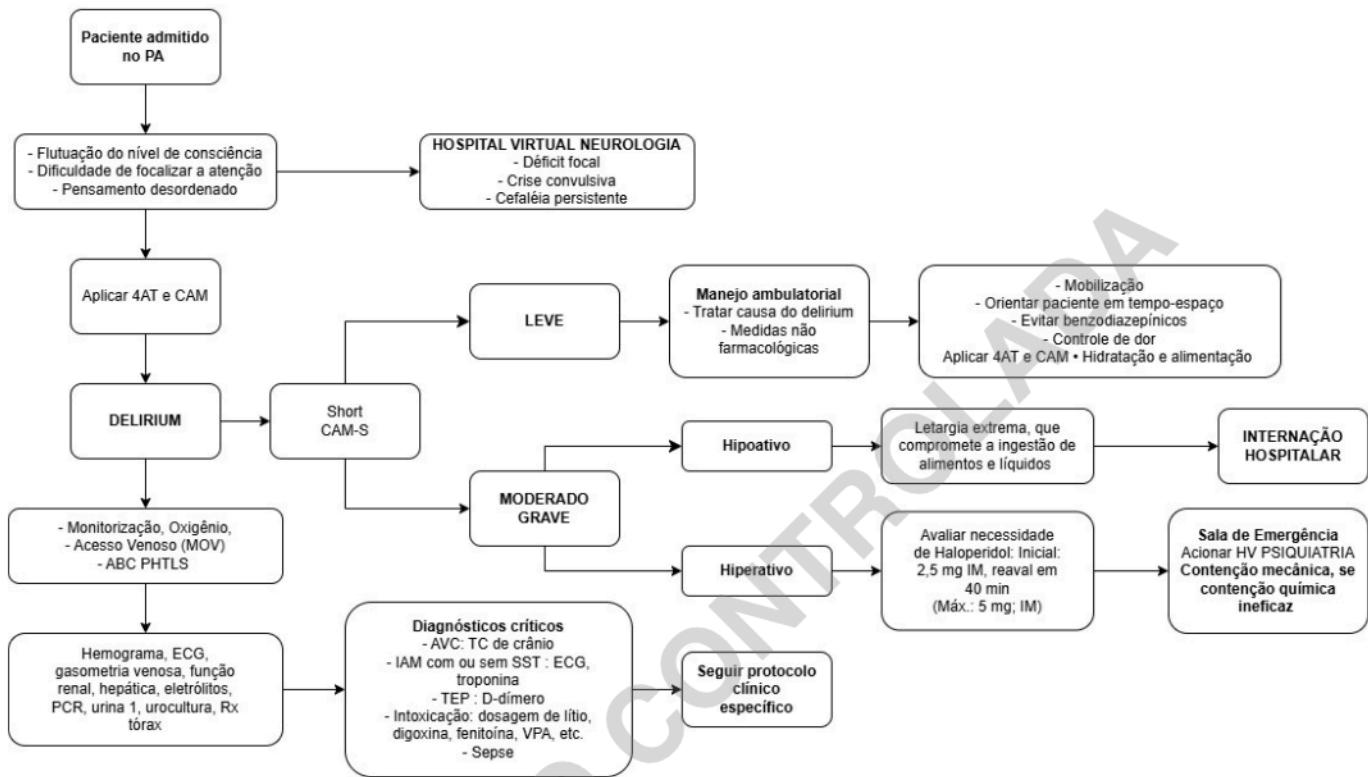
Não se aplica.

Conduta quando o protocolo não se aplica ao paciente:

Não se aplica.

Fluxograma:

Delirium - PS



Fonte: o autor

Referência bibliográficas

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. ed. Washington, DC: **American Psychiatric Association**, 2013.

BELLELLI, G. et al. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalized older patients. **Age and Ageing**, v. 43, n. 4, p. 496-502, 2014.

BUSH, S. H.; TIERNEY, S.; LAWLOR, P. G. Clinical assessment and management of delirium in the palliative care setting. **Drugs**, v. 77, n. 15, p. 1623-1643, 2017. DOI: 10.1007/s40265-017-0804-3.

CAETANO, G. M. et al. Intervenção não farmacológica no manejo de delirium: uma revisão bibliográfica integrativa. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 29, p. e2909, 2021. DOI: 10.1590/2526-8910.ctoAR2198.

CARVALHO, J. P. L. M.; ALMEIDA, A. R. P.; GUSMÃO-FLORES, D. Escalas de avaliação de delirium em pacientes graves: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 25, n. 2, jun. 2013. DOI: 10.5935/0103-507X.20130026.

GUENTHER, U. et al. Validity and reliability of the CAM-ICU Flowsheet to diagnose delirium in surgical ICU patients. **Journal of Critical Care**, v. 25, n. 1, p. 144-151, 2010. DOI: 10.1016/j.jcrc.2009.08.005.

HERNANDEZ, E. M. M.; MOACYR, R. Manual de Toxicologia Clínica: Orientações para assistência e vigilância das intoxicações agudas. São Paulo: **COVISA**, 2017. Disponível em: <https://cvs.saude.sp.gov.br/up/MANUAL%20DE%20TOXICOLOGIA%20CL%C3%8DNICA%20-%20COVISA%202017.pdf>. Acesso em: 24 fev 25.

HOSPITAL DO CORAÇÃO (HCor). Protocolo de Delirium: Prevenção, Diagnóstico e Tratamento. São Paulo: **Associação Beneficente Síria**, 2020. Disponível em: <https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/2020/11/6-Protocolo-Delirium.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2025.

HUI, D.; DEV, R.; BRUERA, E. Neuroleptics in the management of delirium in patients with advanced cancer. **Current Opinion in Supportive and Palliative Care**, v. 10, n. 4, p. 316-323, 2016. DOI: 10.1097/SPC.0000000000000236.

INOUE, S. K. et al. The CAM-S: Development and validation of a new scoring system for delirium severity in 2 cohorts. **Annals of Internal Medicine**, v. 160, p. 526-533, 2014a.

INOUE, S. K.; WESTENDORP, R. G.; SACZYNSKI, J. S. Delirium in elderly people. **The Lancet**, v. 383, n. 9920, p. 911-922, 2014b. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1.

INOUE, S. K.; VANDYCK, C. H.; ALESSI, C. A. et al. Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detecting delirium. **Annals of Internal Medicine**, v. 113, p. 941-948, 1990.

LI, Y. et al. The effect of dexmedetomidine on delirium and agitation in patients in intensive care: systematic review and meta-analysis with trial sequential analysis. **British Journal of Anaesthesia**, v. 127, n. 5, p. 264-276, 2021. DOI: 10.1016/j.bja.2021.07.021.

LOURO, L. A. V.; POSSARI, J. F.; LIMA, A. F. C. Tratamento farmacológico e não farmacológico do delirium em serviço hospitalar de oncologia: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 1, e20200200, 2021. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0200.

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

MAYO-SMITH, M. F. (1997). Pharmacological management of alcohol withdrawal: A meta-analysis and evidence-based practice guideline. **JAMA**, 278(2), 144-151.
doi:10.1001/jama.1997.03550020076042

MEHTA, R. D.; ROTH, A. J. Psychiatric considerations in the oncology setting. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 65, n. 4, p. 300-314, 2015. DOI: 10.3322/caac.21285.

MO, Y.; YAM, F. K. Rational use of second-generation antipsychotics for the treatment of ICU delirium: a neuropharmacological approach. **Journal of Pharmacy Practice**, v. 30, n. 1, p. 121-129, fev. 2017.

MONTEIRO, T. C.; KIMINAMI, D. O. G. Delirium na sala de urgência. **Revista Qualidade HC - FMRP-USP**, 2018.

NGUYEN, V.; McNEILL, S. Delirium, dementia, and depression in older adults: assessment and care long-term care case study and discussion guide. **Ageing**, 2017.

RITTER, S. R. F. et al. Adaptação de teste para rastreio de delirium em idosos admitidos em serviço de urgência. *Geriatria, Gerontologia e Aging*, v. 12, n. 2, p. 81-88, 2018.

RODRÍGUEZ-MAYORAL, O. et al. Delirium in terminal cancer inpatients: short-term survival and missed diagnosis. *Salud Mental*, v. 41, n. 1, p. 25-29, 2018. DOI: 10.17711/sm.0185-3325.2018.005.

SILVA, J.; FERREIRA, M. Infecções e delirium em idosos hospitalizados: uma revisão clínica. *Revista Brasileira de Geriatria*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 45-58, abr. 2023a. Disponível em: <www.revistageriatria.com.br/artigo10>. Acesso em: 24 fev. 2025.

SILVA, J.; FERREIRA, M. Importância do eletrocardiograma na avaliação do delirium em idosos hospitalizados. *Revista Brasileira de Cardiogeriatría*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 78-90, maio 2023b. Disponível em: <www.revistacardiogeriatria.com.br/artigo15>. Acesso em: 28 fev. 2025.

TORPY, J. M.; BURKE, A. E.; GLASS, R.M. Manual de Diagnóstico Clínico. 2. ed. São Paulo: Elsevier, 2010.

TRULL, T. J. et al. The structure of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders personality disorder symptoms in a large national sample. *Personality Disorders*, v. 3, n. 4, p. 355-369, 2012. DOI: 10.1037/a0027766.

Histórico de alterações conforme versionamento

Versão	Descrição da alteração	Responsável
0	Primeira versão do documento	Tatiana Elias de Pontes

SGQ - Núcleo de Gestão de Documentos, Prevent Senior, 2025.

A work by R Markdown



RStudio 2023.12.1 Build 402 © 2009-2025 Posit Software, PBC.



UUID:8e8ddf83-53d9-47a1-a01d-77047cd4abfc

SGQ Prevent Senior, 2025. Copyleft.