Delirium Diagnóstico e Instrumentos de Rastreio em Departamento de Emergência: Uma Actualização

Revisão Sistemática

Resumo:

Antecedentes: Os sistemas de cuidados de emergência estão no centro dos cuidados de saúde modernos e são o "ponto de entrada/admissão" no hospital para muitos pacientes mais velhos/idosos. Entre estes, encontra-se estimou que 15% a 30% terão delírios na admissão e que mais de 50% os desenvolverão durante a sua estadia. No entanto, o diagnóstico e rastreio adequados do delírio continua a ser uma área crítica de necessidade. O objectivo desta revisão é actualizar o campo, explorando áreas-alvo nos métodos de rastreio do delirium no Departamento de Emergência (DE), e/ou unidades de cuidados agudos, na população mais idosa.

Métodos: Foi realizada uma revisão sistemática para pesquisar métodos de rastreio/diagnóstico de delírios nas unidades de DE e/ou de cuidados agudos dentro da DE. Resultados: Foram identificadas sete escalas diferentes.

Dos instrumentos identificados, o Método de Avaliação de Confusão (CAM) para a Unidade de Cuidados Intensivos (CAM-ICU) foi a mais utilizada. De notar, uma breve abordagem em duas fases para a vigilância do delírio foi definido com o Ecrã de Triagem Delirium (DTS) e o Método de Avaliação de Confusão Breve (bCAM), e a precisão diagnóstica da Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS) para o delírio tinha uma boa sensibilidade e especificidade em pacientes mais velhos. Conclusão: O CAM-ICU aparece como o potencial padrão de referência para utilização na DE, mas investigação numa abordagem global de avaliação de as alterações cognitivas actuais e passadas ainda se justificam.

1. Visão geral

Os sistemas de cuidados de emergência estão no cerne dos cuidados de saúde modernos. O seu papel principal é o de fornecer cuidados de alta qualidade aos doentes, independentemente de quando necessitam de ajuda médica ou do que apresentam com [1]. No Departamento de Emergência (ED) (e/ou unidades de cuidados intermédios ou agudos dentro destas),

grande parte do problema relativo à incidência e prevalência do delírio relaciona-se, em grande parte, com o único ambiente: exigências de tempo intensas aos prestadores e elevado volume de pacientes. Juntos, estes aspectos pode ambos: (i) tornar a prestação de cuidados aos adultos mais velhos um desafio; e (ii) dificultar a utilização e validação de ferramentas de rastreio. Isto ocorre apesar de qualquer impacto positivo que este último trabalho teria em si rendimento, incluindo a identificação precoce do delírio e a tradução em medidas de tratamento adequadas. Relativamente ao delírio, o problema é agravado quando se considera que a população mais velha/elderly usa mais frequentemente as instalações de cuidados de emergência do que os indivíduos mais jovens [2] e a idade é um dos principais factores de risco para o início do delírio. Estudos de prevalência do delírio indicaram que 15% a 30% da população a população mais velha/elderly terá delírios na admissão ao hospital e mais de 50% irá desenvolvê-los durante a sua estadia (por exemplo, [3,4]). Estes dados são colaborados por uma revisão recente e muito relevante por Inouye et al. (2014) indicando que o delírio está presente em 8%-17% de todas as pessoas idosas e 40% de residentes em lares de idosos, tendo os autores observado também que a presença do delírio na comunidade é bastante baixo (1%-2%), mas o início é propício a uma admissão de DE. O Delirium associa-se a indicadores como o aumento da mortalidade, incluindo após a alta do hospital, e a sua presença em o departamento de emergência (ED) é um preditor de uma estadia hospitalar mais longa [3-5]. Ainda assim, apesar das descobertas, tem havido surpreendentemente uma falta de estudos no contexto da DE. Por exemplo, tanto quanto sabemos, até à data, não existem estudos sobre a incidência de delírios na DE entre indivíduos mais velhos/antiguos. Isto também é particularmente verdadeiro no que diz respeito às taxas de detecção dos médicos e métodos de detecção eficazes, de tal forma que a detecção de delírio na DE continua a ser indicada como um objectivo de investigação de "alto rendimento" [4]. É, além disso, também identificado como um indicador de qualidade de avaliação geriátrica na DE [6]. Decorrente desta necessidade, LaMantia et al. (2014) anteriormente publicou uma revisão sistemática relevante sobre os instrumentos de rastreio do delírio no ED. Desde então, lá têm sido outros avanços significativos que satisfazem o que os autores tinham indicado como objectivos necessários a fim de fazer avançar o campo de identificação e gestão do delírio dentro da ED [6]. Principalmente entre estes avanços: (i) Han e colegas validaram o Método de Avaliação da Confusão para a Unidade de Cuidados Intensivos (CAM-ICU) para a DE [7], continuando a trabalhar em breves ferramentas para o delírio neste que responde à necessidade de avaliações mais rápidas das funções cerebrais agudas; e (ii) um romance a abordagem de rastreio foi testada utilizando a Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS), uma breve atenção teste seguido de uma adaptação do CAM-ICU [8,9].

Aqui, proporcionando uma maior actualização dos avanços no terreno, o objectivo desta revisão é explorar áreas-alvo nos métodos de rastreio de delírio nas unidades de DE e/ou de cuidados agudos, com atenção focalizada em ferramentas de rastreio rápido adaptadas a estes ambientes. Mais ainda, procuramos informar em termos de tempo consumido a administrar os instrumentos disponíveis, o que é um dos desafios mais importantes para fazer investigação em delírios na DE. A utilização de características psicométricas para melhor orientar o prestador de cuidados de emergência na escolha da ferramenta de rastreio, e dicas práticas sobre a aplicação das ferramentas de rastreio para ajudar o clínico a escolher melhor em função da carga de emergência, são também consideradas.

2. Revisão da Literatura

Foi realizada uma pesquisa sistemática da literatura nas revistas Science Direct e MEDLINE/PubMed bases de dados usando uma combinação dos termos MeSH "síndrome do cérebro orgânico", "delírio", "confusão aguda

estado", "emergência" e "departamento de emergência". As bases de dados foram pesquisadas desde o seu início até Novembro de 2015 para artigos relevantes publicados em inglês, francês, espanhol e português. O termo

"síndrome do cérebro orgânico" foi incluído para considerar a literatura anterior quando o termo era comum usado em referência ao delírio. Dois investigadores separados (J.M., um médico de urgência, e T.C.C.,

um psicólogo) conduziram independentemente a pesquisa. As listas geradas foram comparadas para obter uma lista compilada de estudos potenciais para inclusão. O quadro PICOT e a estratégia de pesquisa de LaMantia et al. (2014) [6] foram considerados. Apenas foram considerados estudos prospectivos de doentes com 65 anos de idade ou mais, e apenas se as características dos instrumentos utilizados (rastreio/diagnóstico) fossem descritas. Fora-do-hospital avaliações e estudos de intervenção (sobre delírio) foram excluídos da revisão, tal como comentários e/ou opiniões de autores sobre instrumentos neuropsicológicos (delírios). Paciente agudo unidades e/ou Unidades Intermediárias só foram consideradas se integradas e/ou fisicamente localizadas (com)em o DE, uma vez que em grande parte se verifica que estes funcionam com o mesmo pessoal e restrições de o DE. De notar que a definição de Unidade de Cuidados Intensivos não é uniforme em todos os continentes e países, incluindo a variação do tipo de pacientes que são admitidos e quando. Se utilizado, o Diagnóstico e O Manual de Estatística de Doenças Mentais (DSM) não foi considerado um instrumento de rastreio em si mesmo, [...] Todas as ferramentas utilizadas para avaliar o delírio (tanto diagnóstico como rastreio) foram consideradas na análise; na análise final passo quantitativo, todas as ferramentas foram apoiadas por estudos de validação. Resumidamente, um total de 714 títulos de citações foram identificados na pesquisa. Destes, 707 potencialmente foram analisados resumos relevantes, dos quais 141 artigos foram seleccionados para uma análise detalhada (ou seja, foram os critérios de exclusão e inclusão). Dos artigos completos lidos e avaliados para elegibilidade, uma nota final de 30 foram incluídos na revisão sistemática. A partir da análise, um total de sete ferramentas de rastreio delirium foram identificados como sendo utilizados na ED. O procedimento de pesquisa está resumido na Figura 1, a seguir o fluxo "Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)". modelo de diagrama. O Quadro 1 resume os instrumentos, incluindo informação sobre o autor (data de publicação), população, tipo de estudo, cenário (país), finalidade e principais conclusões do trabalho. Quadro 2 resume o autor (original), amostra de validação/estudo, tempo de administração, sensibilidade e medidas de especificidade, e estudos de validação adicionais noutros países, do rastreio do delírio instrumentos aqui identificados.

3. Instrumentos de Triagem Delirium na DE e/ou em Unidades de Cuidados Agudos

Foi identificado um total de sete instrumentos diferentes para o rastreio/diagnóstico do delírio:

Método de Avaliação de Confusão (CAM); Método modificado de Avaliação de Confusão para a Emergência Departamento (mCAM-ED); Método de Avaliação de Confusão para a Unidade de Cuidados Intensivos (CAM-ICU); Tela de Triagem Delirium (DTS); Método de Avaliação de Confusão Breve (bCAM); Neelon e Champanhe Escala de Confusão (NEECHAM); e a Escala de Sedação de Agitação de Richmond (RAAS). Esta última era considerados na análise; embora sendo uma escala de sedação não direccionada para a avaliação do delírio, existem dados suficientes para a considerar uma escala de rastreio com um bom desempenho psicométrico [36]. A DTS e o bCAM foi considerado como um instrumento separado, embora seja proposto como uma abordagem em duas fases em o ambiente ED [30].

3.1. Método de Avaliação da Confusão (CAM)

A CAM [8] é globalmente considerada o instrumento padronizado e estruturado para identificar os pacientes com delírio. Utiliza a observação e interacção com o paciente para fornecer dados aos quais um algoritmo simples pode ser aplicado para determinar se o delírio está ou não presente. Especificamente, o CAM inclui duas partes. A primeira parte analisa a deficiência cognitiva global e a segunda parte considera a seguintes características: (1) início agudo de alterações do estado mental ou um curso flutuante; (2) desatenção; (3) pensamento desorganizado; e (4) alteração do nível de consciência. Um diagnóstico positivo de delírio requer a presença de Características (1) e (2), e ou de Característica (3) ou (4). O instrumento foi validado para utilização pelos geriatras e demora aproximadamente 5 minutos a preencher. Usando a avaliação psiquiátrica como o padrão ouro, a CAM mostrou uma sensibilidade de 94% a 100%, uma especificidade de 90% a 95% para a detecção de delírios e uma elevada fiabilidade interobservador [8]. Esta ferramenta é traduzida e validada para utilização em várias populações que não falam inglês. Apesar da possibilidade do CAM de identificar os presença ou ausência de delírio de uma forma rápida e fácil, não avalia a gravidade da condição.

3.2. Método modificado de Avaliação de Confusão para o Departamento de Emergência (mCAM-ED)

O mCAM-ED é um algoritmo desenvolvido por Grossman et al. (2014) [22] para o rastreio do delírio, detecção e gestão em pacientes com DE mais idosos. Uma parte integrante do algoritmo é o algoritmo modificado Método de Avaliação de Confusão para o Departamento de Emergência, uma abordagem viável baseada no versão curta original do CAM. A escala requer um máximo de um minuto para avaliar a atenção e 3 a 5 min. para completar todo o instrumento. A sensibilidade e especificidade relatadas no original estudo era apenas para a avaliação informal do delírio. Os autores concluíram que o estudo indicava para a necessidade de um instrumento padronizado e formal de triagem e avaliação do delírio no ED [22].

3.3. Método de Avaliação de Confusão para a Unidade de Cuidados Intensivos (CAM-ICU)

O CAM-ICU [7] é uma versão modificada do CAM para utilização na UCI e/ou em doentes críticos pacientes. Globalmente, considera as mesmas características de avaliação do delírio do CAM. A principal diferença entre as escalas é que a CAM requer julgamento clínico para avaliar as quatro características, enquanto a O CAM-ICU engloba breves avaliações neuropsiquiátricas para determinar a falta de atenção (Funcionalidade (2)) e pensamento desorganizado (Funcionalidades (3)). Além disso, o CAM-ICU é mais fácil e rápido de aplicar (menos de 2 min. para completar), tornando-o ideal para o ambiente de ED ocupado e atendimento ao ambiente crítico estado do doente [8]. As sensibilidades foram de 72,0% e 68,0% nos Médicos de Urgência e Assistentes de investigação, respectivamente. A especificidade do CAM-ICU foi de 98,6% [27]. No entanto, como desvantagem, enquanto o CAM-ICU tenta avaliar perturbações na atenção e na cognição, não consegue captar a sua natureza flutuante, uma vez que a avaliação é feita a dada altura.

3.4. Tela de Triagem Delirium (DTS)

A DTS [30] foi concebida para aplicação num período de tempo muito curto (menos de 20 s) para que pudesse ser facilmente integrada no ambiente clínico. É constituída por dois componentes: nível de consciência e atenção. Como a ETED tem uma sensibilidade de 98%, considera-se que o delírio pode ser excluído neste caso, sem necessidade de testes delirium adicionais. No entanto, uma vez que a ETED é 55% específicas, outras avaliações confirmatórias são justificadas (especificamente utilizando o CAM ou bCAM) para governar em delírio [30]. De notar que o bCAM (bem como a ETED) fazem parte da Emergência Geriátrica Directrizes do Departamento.

3.5. Breve Método de Avaliação de Confusão (bCAM)

O bCAM [31] é uma adaptação do CAM completo e inclui quatro questões que têm foi amplamente validado para fazer o diagnóstico do delírio: duas características fundamentais (início agudo e curso flutuante, e desatenção), e duas características secundárias. O bCAM leva menos de 2 min.

para realizar e foi concebido para melhorar a sensibilidade do CAM e aumentar a sua brevidade [30] com a adição de uma tarefa de desatenção na qual é necessário ao paciente recitar os meses de Dezembro a Julho.

3.6. Escala de Confusão de Neelon e Champanhe (NEECHAM)

A Escala de Confusão NEECHAM [32] é uma escala observacional com nove itens interactivos, divididos em três sub-vendas: processamento, comportamento e controlo fisiológico. Uma pontuação de 30 indica normal função e 0 confusão grave, com um intervalo de 25-26 como "em risco de confusão". Foi desenvolvido para utilização como avaliação rápida de cabeceira por enfermeiros e tem sido aplicada em várias amostras e cenários para detectar delírios nas fases iniciais, acompanhar o progresso e identificar a regressão de uma confusão estado [37,38]. Este instrumento mostra valores de sensibilidade e especificidade que vão de 30% a 95% e 78% a 92%, respectivamente. Uma vantagem adicional do NEECHAM é a sua sensibilidade a ambos variantes hiperativas e hipoativas do delírio [39].

3.7. Escala de Sedação de Agitação de Richmond (RASS)

A RASS [34] é uma medida do nível de excitação, sendo comummente utilizada na prática clínica e ambiente de investigação para avaliar a profundidade da sedação. No entanto, foi incorporado em vários avaliações delirium, tais como o bCAM e o CAM-ICU, para avaliar o nível de consciência [36]. Tem uma escala de 10 níveis que varia de +4 ("combativo") a -5 ("não combativo") que pode ser brevemente avaliado. A RASS leva menos de um minuto a completar e pode ser avaliada simplesmente observando a paciente durante as interacções de rotina e não requer testes cognitivos adicionais [10]. Esta ferramenta demonstrou ter uma excelente fiabilidade e validade inter rater quando comparada, por exemplo, para outras escalas de sedação [40]. A precisão diagnóstica da RASS para o delírio em escalas de sedação mais antigas os pacientes, quando aplicados por um médico, tinham uma sensibilidade de 82% (71,4%-92,6%) e uma especificidade de 85,1% (81,4%-88,8%) para uma RASS diferente de 0, e para uma RASS > +1 ou < -1 tinha uma sensibilidade de 16,0% (5,8%-25,2%) e uma especificidade de 99,7% (99,2%-100%). Resultados semelhantes foram obtidos quando a RASS foi aplicada pelo assistente de investigação [10].

4. Observações Finais

Esta revisão fornece uma actualização sobre ferramentas de diagnóstico e rastreio de delirium para utilização na DE. Aqui, foram identificadas sete escalas diferentes para avaliação/avaliação do delírio no cenário da DE. Em comparação com revisões anteriores da literatura [6], devem ser notadas algumas diferenças importantes, nomeadamente que o trabalho anterior identificou um grupo diferente de escalas. Destas, quatro sobrepõem-se às que aqui se encontram compreendida: CAM, CAM-ICU, CAM-ED, e NEECHAM. Aqui, identificámos ainda o mCAM-ED, DTS, bCAM e RASS, enquanto os autores anteriores consideram o Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM) e a Escala de Classificação de Delirium (DRS) na sua análise. Outras diferenças e/ou Finalmente, também se justificam considerações. Em primeiro lugar, aqui não consideramos que o estudo original por Lewis et al. (1995) [9] consideram uma alteração formal da designação para CAM-ED. Em segundo lugar, o recente trabalho de Grossman et al. (2014) [22] foi incluído, o qual aborda formalmente a questão da adaptação do CAM-ED (denominado mCAM-ED); assim, considerando-o o seu próprio instrumento independente, embora o estudo não tenha tido poder suficiente para calcular a sensibilidade e especificidade. Finalmente, de notar, aqui a escala de OBS não foi incluída se considerarmos que os estudos que a relatam não foram realizados

na ED. É relevante notar os avanços no terreno desde 2014. Um total de três novos exames delirium As escalas para a DE são indicadas: DTS, bCAM e mCAM-ED, se considerarmos a DTS como a bCAM como instrumentos separados. Além disso, um importante avanço no terreno é de particular destaque com os validação formal do CAM-ICU para o DE. O CAM-ICU é altamente específico em pacientes com DE mais idosos, independentemente da administração por assistentes de investigação ou médicos de emergência [7]. No entanto, isto é verdade ao custo de uma sensibilidade moderada. Os autores do CAM-ICU abordaram esta questão em duas partes mas estudos relacionados [7,36]. Numa primeira abordagem, a importância de um delírio breve e fácil de usar ferramenta de avaliação apropriada para o ambiente ED de ritmo rápido foi considerada com a validação do CAM-ICU; e, dentro desta revisão actualizada, é importante notar que apenas o estudo de Sufolletto et al. (2013) abordaram este tópico [27]. Uma breve e nova abordagem em duas fases para o delírio vigilância foi mais tarde definida com a DTS e o bCAM. Uma ETED negativa exclui essencialmente delirium e reduz o número de avaliações delirium formais necessárias, aumentando o rastreio eficiência; a seguir, com o bCAM, um equilíbrio entre a brevidade e a precisão do diagnóstico é alcançado, e é uma avaliação eficaz em delírio de regras. Em terceiro lugar, incluímos nesta revisão a Escala RASS. Embora este instrumento não seja um instrumento de triagem delirante em si mesmo, a escala RASS tem sido demonstrou ter uma especificidade muito boa para detectar delírios em pacientes com mais de 65 anos, com um recorte >+1 ou <-1. A escala pode ser uma alternativa razoável para monitorizar o delírio na DE, especialmente quando os prestadores de cuidados de saúde de DE são confrontados com restrições de tempo significativas [36].

Como destacado em outras revisões gerais sobre escalas de delírio [41], apenas os instrumentos que são utilizados para diagnóstico (ou seja, CAM e CAM-ICU) e que se baseiam em vários diagnósticos e estatísticas Os critérios manuais, têm uma fiabilidade boa a excelente e uma validade justa a boa. Neste sentido, apenas o estudos de Han e colegas [4,7,30,36] abordam as principais características psicométricas do delírio em o ED, com base nos atributos do CAM, e explorou a sua sensibilidade e especificidade. A partir deste quadro, é aqui propôs que a investigação em delírio deve evoluir para se concentrar em novos testes de atenção e testar os seus desempenho contra CAM-ICU e abordagem(s) DTS/bCAM, a fim de ser viável, útil e de sensibilidade/especificidade necessária no contexto particular das unidades de cuidados de emergência de ritmo acelerado. Outro problema que deve ser abordado e esclarecido no futuro é a distinção entre o cenário agudo do delírio, secundário a doenças médicas, e o (esperado) declínio cognitivo em envelhecimento, independentemente da condição médica subjacente. Ou seja, as ferramentas actuais podem não ser adequadas distinguir entre um "fracasso" cognitivo agudo (delírio, que é considerado "orgânico") e uma que é sustentada (sublinhada por outras razões que não o delírio, em que o próprio envelhecimento desempenha um papel relevante papel), embora ambos possam coexistir. Os distúrbios cognitivos são uma "parte e/ou parcela" do delírio, e por isso não podem ser ignorados [41]. Talvez devido a isto, e também porque o próprio início do delírio e aquilo que o desencadeia é ainda não completamente esclarecidos, muitos dos instrumentos que foram principalmente concebidos para avaliar perturbações nas funções cognitivas também têm sido utilizadas para o rastreio do delírio [41]. No entanto, como apontado por Grover et al. (2012) [41], particularmente alguns dos instrumentos anteriores que foram utilizados para avaliar a gravidade e fenomenologia do delírio não avaliaram o cognitivo funciona de forma abrangente; ou seja, são úteis como ferramentas suplementares para a avaliação de funções em pacientes de delírio. Estes incluem o MMSE [42], Teste cognitivo para Delirium (CTD) [43], Teste de Desenho do Relógio [44], Teste de Espaçamento dos Dígitos [45], Teste de Vigilância "A" [44], Questionário de Estado Mental (MSQ) [46,47] e o Short Portable Mental Status Questionnaire [48]. Argumenta-se aqui que o delírio O diagnóstico deve incluir uma abordagem em duas fases: (i) rastreio cognitivo com um instrumento de avaliação rápida, que deve ser globalmente aceitável para diferentes populações e níveis de alfabetização; e (ii) delírio diagnóstico/confirmação com uma ferramenta de delírio. O delírio é mais comum nas pessoas idosas, algumas das quais também sofrem de demência; por conseguinte, é também importante ter uma compreensão da base cognitiva funções dos pacientes antes de considerar as perturbações cognitivas como parte do delírio. Na verdade, diferenciar a demência do delírio é um desafio para os profissionais de saúde. Entre idosos/idosos indivíduos, até dois terços dos casos de delírio são sobrepostos à demência, e o delírio pode levam a uma grave deficiência cognitiva, e muitos pacientes que experimentaram delírios estão em maior risco de desenvolver demência [23,49]. Mais ainda, os pacientes com demência apresentam características muito semelhantes aos sintomas do perfil de delírio [50]. Sobre isto, além das escalas cognitivas que podem ajudar a discriminar estas condições no momento do rastreio e diagnóstico, electroencefalografia (EEG) já mostrou uma grande especificidade e sensibilidade adequada [51]. Informação ou informação dos prestadores de cuidados Os instrumentos de rastreio são também cruciais para determinar se houve um declínio agudo (uma característica do delírio), mas também para verificar se também houve um declínio muito mais prolongado no tempo (característico de demência). Este tipo de instrumentos/informações, tais como o Questionário Informativo sobre Cognitivo O declínio nos Idosos (IQCODE; [52]) pode ser menos susceptível de ser influenciado pela condição aguda do paciente e pode complementar as outras ferramentas de desempenho quando utilizadas em combinação. Em conclusão, para além de um amplo consenso sobre a importância de reconhecer o delírio na DE, existem ainda poucas (embora fortes) tentativas de esclarecer esta importante questão. Entre os instrumentos considerado, o CAM-ICU é o mais amplamente utilizado, embora a sua validação esteja em estudos de centro único. Apesar das suas limitações, surge como o instrumento mais favorável para a utilização em cuidados críticos devido à sua precisão, brevidade e facilidade de utilização pelos entrevistadores clínicos e leigos. No futuro, a investigação numa abordagem de avaliação das alterações cognitivas actuais e passadas deve ser considerada e a validação de estas avaliações de delírio noutros centros serão fundamentais para determinar qual a avaliação de delírio seria o mais exacto para as definições de ED. O equilíbrio entre uma avaliação abrangente e a necessária brevidade do rastreio deve, no entanto, permanecer na linha da frente.