**12137\_tese**

7- (Inouye, Westendorp, & Saczynski, 2014)

44- (Siddiqi, House, & Holmes, 2006)

52 - (Witlox et al., 2010)

143 - (Meagher, MacLullich, & Laurila, 2008)

O *delirium* é frequente nos doentes idosos internados. Define-se pela alteração aguda e flutuante da cognição, atenção e consciência, geralmente reversível e de etiologia multifactorial. Apesar do seu marcado impacto socioeconómico e elevada morbimortalidade, permanece uma entidade sub-diagnosticada.

**Definição**

O *delirium* foi uma das primeiras doenças psiquiátricas descritas na literatura médica, há mais de 2500 anos. Contudo, múltiplos termos têm sido empregues como sinónimos desde então, entre eles: síndrome confusional ou estado confusional agudo, agitação, alteração da consciência, encefalopatia, falência cerebral aguda, síndrome cerebral agudo, psicose, entre outros.26, 27

-- Delirium é uma síndrome comum, especialmente em pacientes idosos, e ocorre em todos os ambientes clínicos. Pode se desenvolver em qualquer idade e ser um sério sinal de prognóstico. Muitas vezes é esquecido, mas cada clínico e enfermeiro devem aprender a diagnosticar cedo na tentativa de prevenir interrupção da ala, resultado letal e complicações médico-legais. Essa síndrome mental orgânica há muito conhecida, mas negligenciada, é prática e teoricamente importante e necessita urgentemente de pesquisa.-- (Lipowski, 1987)

Na tentativa de estabelecer uma definição clara e inequívoca, em 1980, a American Psychiatric Association publicou o DSM-III em que o delirium surgiu como uma entidade diagnóstica com critérios específicos.31 Posteriormente foi revisto e atualizado com o DSM-IV (1994)32, que tentou simplificar a definição prévia, classificando o delirium segundo a sua etiologia e destacou a alteração de consciência como elemento fundamental para o seu diagnóstico. Mais recentemente, em 2013, foi publicado o DSM-56 que reforçou as alterações da atenção, para além do estado de consciência, como principais características do delirium e atualizou os restantes critérios

O *delirium* tem um elevado impacto a nível socioeconómico e dos Cuidados de Saúde, não só pela sua elevada prevalência, mas também pelo seu efeito negativo na morbimortalidade durante o internamento e, a longo prazo, com repercussão negativa na qualidade de vida do doente e dos seus familiares.7, 44,, 52

A associação entre *delirium* e a **mortalidade** foi evidenciada por diversos estudos, durante e após o internamento, em qualquer tipologia.44, 52

Efetivamente, o *delirium* surge como preditor independente de mortalidade nos doentes idosos aos 12 meses após a alta hospitalar.52, 55 Também na população sob cuidados paliativos se verificou um aumento da mortalidade nos doentes com *delirium*.56-58

Nomeadamente, verificou-se que o desenvolvimento de *delirium* no Serviço de Urgência é um fator preditor do aumento do tempo de internamento.67

No entanto, as repercussões do delirium vão além do período de hospitalização, com consequências a médio e longo prazo. Os doentes que sofreram de delirium durante o internamento têm maior probabilidade de institucionalização à data de alta 7, 52, 53, 68 e apresentam maior limitação funcional, que pode persistir até vários meses após o internamento.44, 45, 69-71 Da mesma forma, cada vez mais a evidência científica corrobora também a existência de alterações cognitivas decorrentes desta entidade, mesmo nos doentes sem disfunção prévia conhecida 63, 72, 73, 74, e que, em muitos dos casos, persistem sem retornar completamente ao seu nível basal após resolução do episódio de delirium.63

A análise do impacto económico do *delirium* alerta para a necessidade de gerir adequadamente os recursos e intervenções utilizados, nomeadamente através da elaboração e implementação de protocolos que sejam custo-eficazes e que permitam a prevenção e o tratamento do *delirium*.94

**Patofisiologia**

Desde de cedo se compreendeu que, dada sua natureza multifactorial, uma teoria única não 9

conseguiria abarcar a complexidade inerente ao *delirium*. Há mais de 50 anos que se admite que resulta de uma desregulação cerebral aguda secundária a alterações sistémicas.10 Desde então surgiram múltiplas hipóteses, admitindo diferentes vias complementares e por vezes sobrepostas. Atualmente existem 7 principais teorias: envelhecimento neuronal, inflamação, stress oxidativo, alterações neuroendócrinas, alterações de neurotransmissores, desregulação da melatonina e falha na conectividade da rede neuronal.10, 101.

Com o **envelhecimento** verifica-se uma maior vulnerabilidade ao *delirium* por diminuição da reserva fisiológica, independentemente de outros factores.102. Este processo é global e com alterações fisiológicas características, atingindo também o sistema nervoso, com alterações ao nível dos neurotransmissores, do fluxo sanguíneo cerebral e perda de neurónios. Todos estes factores contribuem para a deterioração cognitiva progressiva e risco de demência associados com a idade.103 Por outro lado, estudos também documentaram um aumento dos níveis basais de mediadores inflamatórios sugestivos de um processo crónico associado ao envelhecimento.104-106

Alguns trabalhos demonstraram que a saturação de oxigénio intraoperatória e a função cognitiva no pós-operatório se encontram relacionadas, nomeadamente que a hipóxia é um factor de risco significativo para desenvolver *delirium* no pós-operatório. Por outro lado, as alterações oxidativas também foram associadas ao declínio cognitivo irreversível, sequelar ao episódio de *delirium*.109

**Etiologia: factores predisponentes e precipitantes**

Entre os principais factores **predisponentes** destacam-se a idade avançada, alterações cognitivas ou demência, multimorbilidade, fragilidade, dependência funcional, diminuição da acuidade visual ou auditiva, e consumo alcoólico excessivo.7, 113 Os factores **precipitantes** são variados, assinalando-se a polifarmácia, o uso de medicação psicoactiva, imobilização física, algaliação, desidratação, dor, infecção, hipóxia, desnutrição, ou alterações electrolíticas, como a hiponatremia (Tabela 2).7, 56, 113

A medicação é responsável em por cerca de 30% dos casos de *delirium*, estando implicado não só o tipo, mas também o número total de fármacos.115 Apesar de, na sua maioria, poderem desencadear um episódio de *delirium*, algumas classes apresentam um maior risco, possivelmente por atuarem ao nível das vias patofisiológicas e dos neuromediadores envolvidos na sua génese, como os anticolinérgicos ou os antidopaminérgicos.101 Assim, destacam-se os: antipsicóticos, ansiolíticos, antidepressivos, opióides, corticosteroides, anticonvulsivantes e antihistamínicos.7, 116-117

PRINCIPAIS DIFICULDADES

Dado o prognóstico associado e elevado impacto socioeconómico, é fundamental o reconhecimento do *delirium* para o seu diagnóstico e prevenção. No entanto, apesar da sua elevada prevalência, os níveis de identificação e documentação têm permanecido baixos ao longo dos anos.139-142 Existem vários fatores que têm contribuído para esta realidade. Por um lado, pela falta de conhecimento e formação dos profissionais de saúde, quer para o reconhecimento do *delirium*, como para aplicação correta das escalas de avaliação cognitiva e dos instrumentos de diagnóstico.28, 142

Concomitantemente, os próprios critérios e definição permanecem pouco claros, com falta de consenso quanto à duração, gravidade, ou melhor forma de avaliação e diagnóstico, com uma multiplicidade de instrumentos que, globalmente, não são fáceis de aplicar de forma sistematizada e rápida.10, 143 Também os aspectos inerentes à patologia, como o ser flutuante ou a ausência do componente motor nas formas hipoactivas, tornam difícil diferenciar de outras patologias frequentes no idoso, como a demência ou a depressão.132, 141, 143-144 Por fim, também a falha na comunicação e integração das informações prestadas pelos cuidadores e familiares, bem como as contingências temporais e espaciais das enfermarias dificultam o reconhecimento e diagnóstico desta patologia.143, 145

Efectivamente, o diagnóstico de delirium é clínico, não existindo actualmente marcadores laboratoriais ou imagiológicos para confirmar a sua presença.7 Como referido previamente, os critérios do DSM-5 e da ICD-10 são os gold standard para confirmar a sua presença.

INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO

Como também já frisado, um dos aspectos fundamentais neste processo é determinar qual o estado cognitivo basal do doente, de forma a conseguir identificar as suas alterações súbitas e flutuações clínicas, dois dos critérios elementares para estabelecer este diagnóstico.

O instrumento de diagnóstico ideal deve ter elevada sensibilidade, ser breve e fácil de aplicar com treino mínimo. Deve ainda adequar-se à tipologia de doentes em que vai ser utilizado e não deverá implicar uma sobrecarga adicional para o doente, para a família ou para os profissionais de saúde.154

Para melhorar o reconhecimento de *delirium* deve-se aplicar de forma sistematizada instrumentos de rastreio observacionais, nomeadamente pela equipa de enfermagem, associados a testes cognitivos e de atenção.154 Atualmente, existem mais de 40 instrumentos com propriedades psicométricos para a avaliação do *delirium*.155-156

O instrumento mais usado, quer no âmbito clínico, quer no de investigação, é o CAM. Este é um algoritmo que se baseia na presença dos 4 elementos característicos do delirium: início súbito, flutuação dos sintomas, inatenção e pensamento desorganizado ou alteração da consciência.

A versão completa inclui um total de 9 itens baseados nos critérios do DSM-III (em vigor na data da sua criação)157; versões abreviadas (3D-CAM)160 adaptada ao uso em Cuidados Paliativos161, em Cuidados Intensivos (CAM-ICU)47, no Serviço de Urgência162, ou em lares/instituições de apoio social.163

Seguidamente, destacam-se alguns dos instrumentos usados no rastreio e avaliação de delirium (Tabela 3):

- O *Nursing Delirium Screening Checklist* (NuDESC) é uma ferramenta observacional para vigilância contínua no internamento;164

- O *Delirium Observation and Screening Scale* (DOS) é constituído por 25 itens, aplicado por enfermeiros, e visa os padrões de comportamento, tentando captar o aspecto flutuante do *delirium* num período de 24 horas;165

- A *NEECHAM Confusion Scale* é um instrumento observacional que procura identificar a confusão aguda e o risco de desenvolver *delirium*. É também útil para a sua monitorização.166

- O teste dos 4A (4AT) é um instrumento rápido e objetivo, que inclui dois breves testes cognitivos, e a avaliação do estado de consciência e de alterações agudas do estado mental. Pode ser aplicado em doentes que não sejam capazes de completar os testes cognitivos mais complexos ou que estejam muito agitados ou prostrados;167

- O *Family Confusion Assessment Method* (FAM-CAM) baseia-se nas informações dos familiares e cuidadores;168

- A *Single Question in Delirium* (SQiD), o teste mais breve, mas com resultados aceitáveis como instrumento de rastreio, indicado para ser utilizado pelos cuidadores e familiares.169

Foram também desenvolvidas ferramentas com intuito de avaliar a gravidade do episódio de *delirium*:

- A *Delirium Rating Scale* (DRS e DRS-98) avalia a gravidade do *delirium* e baseia-se no comportamento do doente num período de 24 horas, contudo não é útil para distinguir entre *delirium* e demência;122, 170

- A *Memorial Delirium Assessment Scale* (MDAS) é outro instrumento que mede a gravidade do *delirium*, avaliando o nível de consciência, memória, nível de cognição e atividade psicomotora. Foi desenhada para ser repetida várias vezes ao longo do dia;171

- A *modified R*ASS é um instrumento que avalia o nível de consciência e a e atenção.172

Têm ainda sido desenvolvidos instrumentos para o rastreio e monitorização do grau de *delirium* em doentes paliativos com resultados promissores, como a RASS-PAL173 ou a *Observational Scale of Level of Arousal*.174

A prevenção é a melhor forma de evitar a ocorrência de delirium. Este trata-se de uma das 6 condições preveníveis no doente idoso internado 9, em que até 1/3 dos casos podem ser evitados.175, 176

O desenvolvimento do *delirium* nos doentes em fim de vida é frequente e corresponde a um sinal de mau prognóstico, pelo que deve ser gerido de forma sensata, diferenciada e garantindo o alívio do sofrimento do doente e familiares. 56, 107, 145, 208

Inicialmente considerada uma patologia completamente reversível e transitória26, sendo esta uma das características fundamentais para a sua distinção da demência, estudos mais recentemente têm revelado que o *delirium* pode ser mais prolongado ou mesmo permanente44, 215-216, com importantes consequências a médio e longo prazo.44, 56, 57, 99

Estudos identificaram que o *delirium* persiste à data da alta, aos 3 e 6 meses depois, sendo de aproximadamente 45%, 26% e 21%, respectivamente.44, 215

**5.1 Paliativos**

Este subgrupo de doentes é particularmente susceptível ao *delirium* pela sua condição subjacente.7, 14, 51, 144-145, 154 No entanto, colocam maiores desafios na identificação desta síndrome pois existe uma maior dificuldade em avaliar os sintomas, com predomínio de quadros hipoactivos e efeito sedativo dos fármacos usados na gestão dos sintomas, bem como pelo diagnóstico diferencial de outras etiologias como a depressão.144, 154

Por ser um estudo unicêntrico, não permite a generalização dos resultados obtidos, mas os dados deste estudo são importantes para a valorização e reconhecimento do *delirium* e do seu impacto neste tipo de enfermarias, e espero que possam contribuir para melhorar a formação dos profissionais e otimizar os cuidados aos doentes.

Conclusões:

Por fim, destaca-se a elevada ocorrência de delirium na população paliativa e nos doentes em fim de vida, alertando para uma maior necessidade de formação dos profissionais nesta temática para o seu melhor reconhecimento e prevenção nestas populações.

É importante a sua sensibilização e o desenvolvimento de condições para a sua identificação e gestão, nomeadamente, através de formação teórica, promoção de ambientes de enfermaria adequados, utilização de escalas de identificação, ajuste do rácio profissional de saúde:doente, e implementação de protocolos de atuação médica e de enfermagem que promovam a redução dos casos de *delirium* e, consequentemente, melhorarem o prognóstico e cuidados prestados aos doentes no internamento.