**12137\_tese**

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

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

52 - (Witlox et al., 2010)

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

Barr, J., & Pandharipande, P. P. (2013). The pain, agitation, and delirium care bundle: Synergistic benefits of implementing the 2013 pain, agitation, and delirium guidelines in an integrated and interdisciplinary fashion. *Critical Care Medicine*, *41*(9 SUPPL.1), 99–115. https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182a16ff0

Boustani, M., Rudolph, J., Shaughnessy, M., Gruber-Baldini, A., Alici, Y., Arora, R. C., … MacLullich, A. (2014). The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: Inclusiveness is safer. *BMC Medicine*, *12*(1), 1–4. https://doi.org/10.1186/s12916-014-0141-2

Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, *383*(9920), 911–922. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1

Lipowski, Z. J. (1987). Delirium (Acute Confusional State). *JAMA*, 1789–1792. https://doi.org/doi:10.1001/jama.1987.03400130103041

Meagher, D. J., MacLullich, A. M. J., & Laurila, J. V. (2008). Defining delirium for the International Classification of Diseases, 11th Revision. *Journal of Psychosomatic Research*, *65*(3), 207–214. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.05.015

Serafim, R. B., Bozza, F. A., Soares, M., do Brasil, P. E. A. A., Tura, B. R., Ely, E. W., & Salluh, J. I. F. (2015). Pharmacologic prevention and treatment of delirium in intensive care patients: A systematic review. *Journal of Critical Care*, *30*(4), 799–807. https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.04.005

Siddiqi, N., House, A. O., & Holmes, J. D. (2006). Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: A systematic literature review. *Age and Ageing*, *35*(4), 350–364. https://doi.org/10.1093/ageing/afl005

Witlox, J., Eurelings, L. S. M., De Jonghe, J. F. M., Kalisvaart, K. J., Eikelenboom, P., & Van Gool, W. A. (2010). Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: A meta-analysis. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, *304*(4), 443–451. https://doi.org/10.1001/jama.2010.1013

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 impacto socioeconómico e da 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 diversos os ambientes clínicos. Pode-se desenvolver em qualquer idade e ser mau 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-5 (6) 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 fatores 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 fator 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: fatores predisponentes e precipitantes**

Entre os principais fatores **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 fatores **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

Efetivamente, o diagnóstico de delirium é clínico, não existindo atualmente 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 hipoativos 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.

37636.

***Delirium* no Doente Internado em Cuidados Intensivos**

**6-** (Barr & Pandharipande, 2013)

2- (Serafim et al., 2015)

3- (Boustani et al., 2014)

é consensual que a presença e duração de delirium estão relacionadas com aumento do tempo de internamento na UCI e no hospital, deterioração do estado físico e mental, maior mortalidade e aumentos dos custos associados aos cuidados de saúde.(Serafim et al., 2015)

Devido à sua variabilidade de apresentação clínica, o delirium é frequentemente subdiagnosticado, principalmente quando o contexto clínico do doente é complexo. Ademais, as suas consequências para o doente são francamente negativas, condicionando muitas vezes o seu tratamento e recuperação, pelo que a prevenção e tratamento do delirium são preponderantes para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde ao nível das UCI. (Boustani et al., 2014)

O termo “delirium”, enquanto diagnóstico, foi adoptado pela primeira vez em 1980 pela American Psychiatric Association na sua terceira edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), o DSM-III, de forma a simplificar a vastidão de terminologia utilizada anteriormente para definir a disfunção cerebral generalizada no contexto de doença aguda ou intoxicação por diversas substâncias. (Boustani et al., 2014)

Atualmente, e de acordo com a mais recente edição da DSM (DSM-5), o delirium é definido pela presença de cinco características fundamentais:(5)

- Perturbação da atenção (capacidade reduzida de dirigir, focar, manter e desviar a atenção) e consciência;

- Esta perturbação desenvolve-se durante um curto período de tempo (horas a dias), representando uma mudança relativamente ao estado de base e tendendo a apresentar flutuações ao longo do dia;

- Adicionalmente ocorre também perturbação da cognição (défices de memória, orientação, linguagem, capacidade visual e percepção);

- Estas perturbações não são justificadas de melhor forma por outra condição neurocognitiva pre-existente, em evolução ou já estabelecida, nem ocorrem num contexto de depressão severa da vigília, como o coma;

 Existe evidência na história clínica, exame físico ou achados laboratoriais de que as perturbações são causadas por determinada patologia, por intoxicação ou abstinência de substâncias, ou constituem efeito lateral de fármacos.

Outras características que podem acompanhar o delirium são:

- Distúrbios do comportamento psicomotor, como a hipoatividade, hiperatividade com aumento da atividade simpática e diminuição da duração, bem como alteração dos padrões do sono.

- Várias perturbações emocionais, como medo, depressão, euforia ou perplexidade.

De acordo com os sintomas acompanhantes do doente, o delirium pode ser dividido em três subtipos distintos:(1)(6)

- Hiperativo: agitação, inquietação, paranóia;

- Hipoativo: introversão, inatenção;

- Misto: alternância entre os dois estados anteriores.

O delirium hiperativo está mais frequentemente associado a fenómenos de alucinação, enquanto o hipoativo se associa comummente a confusão e sedação, sendo frequentemente não detectado.(Barr & Pandharipande, 2013)

Abordagem do Delirium no doente crítico- Alexandra

Faustino

O delirium consiste numa disfunção cerebral aguda que se encontra associada a aumento da mortalidade1, da duração do internamento2 e dos custos hospitalares3 e comprometimento cognitivo a

Longo prazo4. Existe uma elevada prevalência de delirium nos doentes internados em UCI, podendo atingir 30-.‐80% dos doentes, segundos alguns estudos5,6,7 e, tendo sido identificado em mais de 80% dos doentes que foram submetidos a ventilação mecânica invasiva1.

DELIRIUM NO IDOSO - CRISTINA MARTA PINTO DE SOUSA

O delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica aguda, caracterizada por um transtorno agudo da atenção e cognição, de natureza multifatorial. É uma entidade muito prevalente, sobretudo na população idosa.

Apesar de grave e potencialmente fatal, um indicador de mau prognóstico, é frequentemente subdiagnosticado e negligenciado, relacionando-se com maiores taxas de morbi-mortalidade, aumento do tempo de internamento e índices de institucionalização.

Manifesta-se sob uma forma hiperativa, hipoativa ou mista, sendo a forma hipoativa a mais frequente, mas a menos detectada. O diagnóstico é eminentemente clínico, requerendo uma observação clínica perspicaz e uma avaliação cognitiva formal, seguida da confirmação através de um instrumento diagnóstico.

O delirium é uma entidade clínica documentada na literatura médica há mais de 2000 anos, inicialmente descrita por Hipócrates. O termo médico “delirium”, derivado do termo latino delirare, foi primeiramente usado no primeiro século D.C. por Celso, sendo usado para descrever distúrbios mentais associados a febre ou traumatismos cranianos.[1]

No último século, tem sido usada terminologia muito variada, incluindo ''estado confusional agudo'', ''síndrome cerebral aguda'', ''insuficiência cerebral aguda'' ou ''encefalopatia”.[2]

Atualmente, o termo “delirium” é preferido, e consiste numa síndrome neuropsiquiátrica aguda específica, definida como uma perturbação transitória da atenção e cognição, de início

súbito e curso flutuante, com evidência de uma causa subjacente.[3]

Definição:

Critérios diagnósticos de delirium - DSM-5:

Fisiopatologia:

A dopamina, norepinefrina, serotonina e melatonina, à semelhança do cortisol, participam na regulação do ciclo sono-vigília.[40] Com efeito, os distúrbios do sono são simultaneamente sintomas e causas de delirium,[2, 10, 21] tendo sido demonstrada uma diminuição dos níveis de melatonina em pacientes com delirium.[41] Alguns autores afirmam que uma desregulação nos níveis de melatonina pode explicar o termo sundowning, em que as alterações comportamentais do delirium surgem sobretudo com a diminuição dos níveis de luminosidade, aquando do aumento dos níveis de melatonina ao anoitecer.[2, 3, 39]

Algumas substâncias têm efeito direto sobre os sistemas neurotransmissores, em particular, fármacos anticolinérgicos e dopaminérgicos.[20] É bem conhecido que os sintomas de delirium se correlacionam com os efeitos adversos destes fármacos.[3, 7, 31]

Etiologia:

A atribuição do diagnóstico de delirium pressupõe, após investigação etiológica apropriada, a especificação da etiologia presumível, esta que se poderá enquadrar numa de quatro categorias etiológicas:

1. Delirium devido a uma condição médica;

2. Delirium induzido por substância (efeitos adversos / intoxicação / abstinência);

3. Delirium devido a múltiplas etiologias;

4. Delirium sem outra especificação.[16]

Fatores Predisponentes

Estudos têm demonstrado que, no idoso, os fatores de risco predisponentes (tabela 3) tendem a ter uma contribuição mais significativa para o desenvolvimento de delirium do que os fatores precipitantes.[43] A proporção de pacientes que desenvolve delirium é diretamente proporcional ao número de fatores de risco presentes à admissão.[2]

- idade avançada

\_defice cognitivo

- pluripatologia

Fatores Precipitantes

Os fatores precipitantes (insultos agudos) são aqueles que accionam os mecanismos fisiopatológicos do delirium.[2, 33]

Delirium induzido por substância

Os fármacos são o factor mais comummente implicado no delirium nos idosos, até 40% dos casos,[38, 52] tanto como factor predisponente como precipitante.[53] É simultaneamente a causa mais facilmente reversível.[53]