

UNIVERSIDADE FRANCISCANA – UFN

MEDICINA

VITÓRIA KRUM SCHEINPFLUG

**DELIRIUM EM PACIENTE IDOSO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA:
REVISÃO NARRATIVA E RELATO DE CASO**

Santa Maria

2019

VITÓRIA KRUM SCHEINPFLUG

**DELIRIUM EM PACIENTE IDOSO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA:
REVISAO NARRATIVA E RELATO DE CASO**

Trabalho de Vitória Krum Scheinpflug apresentado à Universidade Franciscana – UFN, como requisito para a conclusão do curso de Medicina.
Orientadora: Dra. Patricia de Moraes Costa.

Santa Maria

2019

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 METODOLOGIA	5
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	6
4 RELATO DE CASO	13
5 DISCUSSÃO	16
6 CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS	20

RESUMO

Delirium é uma síndrome clínica caracterizada por alterações na atenção e cognição, que se desenvolve em horas a dias e pode apresentar flutuações durante o dia. Essa síndrome apresenta grande prevalência e incidência em unidades de internação clínica, sendo os pacientes idosos mais acometidos. Além disso, apresenta como consequência maior mortalidade, declínio funcional, risco de quedas, institucionalização e disfunção cognitiva. No entanto o delirium é potencialmente prevenível com medidas não farmacológicas e pesquisas mais recentes tem mostrado que algumas intervenções farmacológicas podem auxiliar no manejo dos pacientes. Este trabalho consiste em uma revisão narrativa da literatura sobre essa síndrome, exposição da realidade dos casos através de um relato de caso e discutir as dificuldades e mudanças possíveis no manejo dos pacientes.

Palavras-chave: Delirium, Transtornos Neurocognitivos, Transtornos Mentais Orgânicos

ABSTRACT

Delirium is a clinical syndrome characterized by changes in attention and cognition that develops in hours to days and may fluctuate during the day. This syndrome has a high prevalence and incidence in inpatient units, being elderly patients the most affected. In addition, it results in higher mortality, functional decline, risk of falls, institutionalization and cognitive dysfunction. However, delirium is potentially preventable with non-pharmacological measures and more recent research has shown that some pharmacological interventions may assist in patient management. This paper consists of a narrative review of the literature on this syndrome, exposure of reality through a case report and discussing the difficulties and possible changes in patient management.

Keywords: Delirium, Neurocognitive Disorders, Organic Mental Disorders

1. INTRODUÇÃO

Delirium é uma condição que causa alteração aguda da atenção e cognição, sendo seus sintomas flutuantes com o passar do dia. Sua importância está no fato de ser indicativo de uma condição subjacente que pode ser fatal ao paciente, além de estar associado a sequelas cognitivas e maior necessidade de cuidados pós alta (MILLER, 2008). Trata-se de um quadro potencialmente prevenível extremamente comum em pacientes hospitalizados, principalmente em idosos (INOUYE, 2006)

A fisiopatologia do delirium ainda não é bem elucidada e o uso de medicamentos no seu tratamento ainda não possui embasamento teórico suficiente, sendo o seu manejo baseado na prevenção primária com medidas não farmacológicas (MILLER, 2008; INOUYE, 2006). Essas medidas incluem a organização da unidade de internação e a interação da equipe com o paciente (FAUSTINO et al., 2016).

Epidemiologicamente, a importância do delirium está no fato de, em unidades clínicas adultas, a prevalência de delirium ser de 18% a 35% e a incidência ser de 11% a 14%, além de a mortalidade e o declínio funcional serem 50% maiores nesses pacientes. Esses dados são ainda mais significativos em pacientes idosos que apresentam delirium com prevalência de 25%, incidência variando de 20% a 29% em unidades geriátricas, assim como os riscos de queda ser 30% maior, de mortalidade ser 90% maior e de institucionalização 150% maior. Evidenciando a particularidade da população idosa em relação a esse distúrbio (INOUYE, WESTENDORP, SACZYNSKI, 2014).

Este trabalho tem como objetivo geral expor uma revisão da literatura sobre delirium e expor a realidade dos casos através de um relato de caso e tem como objetivos específicos discutir as dificuldades e melhoras que poderiam ser feitas no manejo dos pacientes.

2. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, contendo análise da literatura científica na interpretação e análise crítica da autora. Foram incluídos artigos de 1999 até

maio de 2019 que incluíam pacientes adultos em unidades de internação clínica e cirúrgica, emergências e unidades de terapia intensiva e excluídos estudos em pacientes pediátricos e estudos em animais.

O relato de caso foi realizado através de coleta de dados em prontuário hospitalar de maneira retrospectiva.

As pesquisas foram realizadas nos periódicos indexados nas bases de dados nacionais e internacionais, referenciadas e reconhecidas na área de pesquisa em saúde, servindo como base de dados os artigos indexados nas bases de dados online Bireme, Pubmed, MedLine (Medical Literature, Analysis and Retrieval System Online), SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde). Foram utilizados os descritores dos bancos de dados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) de forma combinada através dos operadores booleanos “AND”, “OR” e “NOT”, entre cada descritor durante as buscas nos bancos de dados, as buscas foram realizadas individualmente combinando dois operadores por vez em cada base de dados.

Não foi possível aplicar termo de consentimento livre e esclarecido por tratar-se de revisão de prontuário. A identificação do paciente será mantida em sigilo e os resultados utilizados somente para divulgação científica.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Delirium é uma síndrome clínica caracterizada por alterações na atenção e cognição, que se desenvolve em horas a dias e pode apresentar flutuações durante o dia (MILLER, 2008). Trata-se de um quadro agudo comum e potencialmente prevenível, principalmente entre pessoas de 65 anos ou mais (INOUYE, 2006). Seu reconhecimento imediato é de grande importância pois pode indicar a presença de uma emergência médica e o prognóstico após um ano inclui maior mortalidade e menor nível de funcionalidade (MILLER, 2008).

Delirium é considerado um marcador de qualidade de cuidado e segurança do paciente pelo *National Quality Measures Clearinghouse of the Agency for Healthcare*

Research and Quality, por se tratar um fator de risco para resultados adversos e uma condição potencialmente prevenível (INOUYE, 2006; SALLUH et al., 2015). Esses resultados incluem: maior necessidade de institucionalização, reabilitação e cuidados, levando à maiores custos ao sistema de saúde após a alta hospitalar (INOUYE, 2006). Portanto, o reconhecimento da verdadeira importância do delirium e as suas consequências permitiria médicos, pesquisadores e administradores alocarem os recursos necessários para reduzir a morbidade e mortalidade associada à síndrome (SALLUH et al., 2015).

A fisiopatologia do delirium ainda é pouco compreendida (INOUYE, 2006; MILLER, 2008). A principal hipótese para a patogenia do delirium é focada em neurotransmissores, inflamação e estresse crônico (INOUYE, 2006). O uso de anticolinérgicos pode induzir delirium, e a atividade anticolinérgica sérica é aumentada em pacientes em delirium. No entanto, drogas dopaminérgicas são precipitantes de delirium e antagonistas dopaminérgicos são usados para tratar delirium (INOUYE, 2006). Além disso, há relatos de alterações na pressão de perfusão cerebral em pacientes com delirium (MILLER, 2008). Devido a heterogeneidade do quadro e a sua natureza multifatorial, é provável que mecanismos múltiplos contribuam para o seu desenvolvimento (INOUYE, 2006; INOUYE, WESTENDORP, SACZYNSKI, 2014)

Os pacientes que mais desenvolvem delirium são idosos hospitalizados. As taxas de diagnóstico variam dependendo do quadro do paciente, local de internação e da sensibilidade do método diagnóstico utilizado (INOUYE, 2006). Delirium também está associado a quedas em pacientes geriátricos (HSHIEH et al., 2015). Uma revisão sistemática revelou que os locais de maior incidência incluem unidades de terapia intensiva, unidades pós-operatórias e de cuidados paliativos (INOUYE, WESTENDORP, SACZYNSKI, 2014).

Nas unidades clínicas adultas a prevalência de delirium variou de 18% a 35%, a incidência variou de 11% a 14%, além disso, foi revelado que esses pacientes têm maior risco de morte (RR = 1.5-1.6) e declínio funcional (RR = 1.5). Nas unidades geriátricas a prevalência de delirium encontrada foi de 25% e a incidência variou de 20% a 29%, houve maior risco de quedas (RR = 1.3), morte (RR = 1.9) e institucionalização (RR = 2.5). Nas unidades cirúrgicas não cardíacas, a incidência encontrada variou de 13% a 50%, houve maior

risco de declínio funcional (RR = 2.1) e disfunção cognitiva (RR = 1.6). A prevalência em adultos na comunidade é baixa, variando de 1% a 2%, porém o quadro de delirium pode levar pacientes às unidades de emergência, onde a prevalência em idosos de delirium varia de 8% a 17% com aumento da mortalidade (RR = 1.7) (INOUYE, WESTENDORP, SACZYNSKI, 2014).

Quando um paciente com um quadro confusional é internado, o primeiro passo é determinar o tempo de instalação da alteração de estado mental. Negligenciar esse primeiro passo é o principal motivo para o diagnóstico de delirium não ser feito (INOUYE, 2006).

Delirium deve ser diferenciado de outras condições que podem causar confusão aguda como demência, doença psiquiátrica, insulto neurovascular ou uma complicação de uma doença sistêmica. Conforme o histórico do paciente e o resultado do exame físico, outros exames podem ser realizados, como: eletrólitos, função tireoidiana, eletrocardiografia, níveis séricos de troponinas, oximetria de pulso ou gasometria arterial, exame qualitativo de urina e urocultura, hemograma, radiograma de tórax e punção lombar. Quando há um insulto neurovascular ou outra doença de origem neurológica, é comum a presença de sintomas neurológicos focais (MILLER, 2008).

Se o histórico não consegue ser obtido ou o exame neurológico não é completo, deve-se assumir delirium até que se prove o contrário (INOUYE, 2006; NICE, 2010). Nesses casos, exames de imagem devem ser considerados para evitar que causas incomuns, graves e tratáveis deixem de ser diagnosticadas como hemorragia subaracnóidea e encefalite (INOUYE, 2006)

Em pacientes de alto risco, delirium pode ser causado como resultado de condições relativamente benignas, como o uso de medicações para dormir. Já em pacientes sem vulnerabilidade para delirium, o quadro apenas se desenvolve após múltiplas agressões como anestesia geral, grandes cirurgias e medicamentos psicoativos (INOUYE, 2006; MILLER, 2008). O uso de drogas anticolinérgicas, narcóticas, sedativas e hipnóticas são precipitantes comuns de delirium (MILLER, 2008).

Há a tradicional visão de que delirium e demência se trata de duas entidades distintas, no entanto, novas evidências têm mostrado a sobreposição dos quadros (INOUYE, 2006). Um achado que revela essa sobreposição é o fato de demência ser o principal fator de risco para o desenvolvimento de delirium (INOUYE, 2006; MILLER, 2008). O delirium também contribui para a piora do estado funcional, perda da independência e piores desfechos a longo prazo em pacientes com demência, sendo comumente relatado pelos familiares que o paciente nunca retornou “ao que era antes” após um episódio (INOUYE, 2006; HSHIEH et al., 2015). Na dúvida entre um quadro de demência ou delirium ou delirium em um paciente com demência, o manejo inicial deve ter como objetivo tratar delirium (NICE, 2010).

Outros fatores de risco para delirium são: idade maior que 65 anos, alteração da visão, alteração da cognição, piora do estado funcional, histórico de etilismo, doença grave, presença de fratura de quadril, polifarmácia, uso de cateter urinário e proporção ureia-creatinina sérica elevada (MILLER, 2008; INOUYE, WESTENDORP, SACZYNSKI, 2014; NICE, 2010).

Para o diagnóstico de delirium ser feito é necessária avaliação cuidadosa do paciente no leito. Delirium possui a apresentação hipoativa e hiperativa, sendo a hipoativa mais comum entre pacientes idosos e frequentemente não é reconhecida (INOUYE, 2006).

Saber os sintomas que podem ser apresentados por pacientes em delirium é o primeiro passo para o diagnóstico, são eles: distúrbios do ciclo sono-vigília, alteração do apetite, alterações emocionais, alterações da memória, piora da concentração, ilusões, interpretações errôneas da realidade, incapacidade de colaborar, redução da movimentação e mobilidade. Há flutuação do quadro ao longo do dia, com piora ao final da tarde e à noite. (FAUSTINO et al., 2016; VASILEVSKIS et al., 2010; NICE, 2010)

Todo o paciente idoso hospitalizado deve ser avaliado cognitivamente com o uso de instrumentos formais, como o Mini Exame do Estado Mental (MiniMental) e o Método de Avaliação Confusional (CAM), uma vez que quadros sutis de delirium frequentemente não são diagnosticados (INOUYE, 2006; VASILEVSKIS et al., 2010). Os pacientes também devem ser estimulados durante a passagem nos leitos e diariamente avaliados para a presença

de delirium hipoativo (INOUYE, 2006). O uso de instrumentos padronizados também auxilia na tomada de decisões e no acompanhamento dos sintomas do paciente (VASILEVSKIS et al., 2010).

Para auxiliar médicos generalistas no diagnóstico e permitir a sua realização de forma rápida e segura, é importante a utilização de um instrumento padronizado. O Método de Avaliação Confusional (CAM) é uma escala precisa, breve e simples para uso clínico, sendo o instrumento mais usado para finalidades clínicas e de pesquisa, tendo uma sensibilidade de 94% e especificidade de 89% para o diagnóstico de delirium (WEI et al., 2008).

O CAM avalia a presença, severidade e a flutuação de nove características do delirium: início agudo, inatenção, desorganização do pensamento, alteração do nível de consciência, desorientação, prejuízo da memória, alterações de percepção, agitação ou retardo psicomotor e alteração do ciclo sono e vigília. O diagnóstico é baseado na presença obrigatória de início agudo, curso flutuante e inatenção, somado à presença de desorganização de pensamento e/ou a presença de alteração do nível de consciência. No entanto, não deve ser utilizada como método único na detecção de delirium, devendo sempre ser somado ao julgamento clínico e o uso de outros instrumentos de rastreio da cognição para evitar o subdiagnóstico de delirium hipoativo, sutil e atípico (WEI et al., 2008).

Quando estiver procurando pela causa de delirium em pacientes idosos, o médico deve estar alerta para as apresentações ocultas ou atípicas de doenças, uma vez que delirium pode ser a única manifestação de doenças graves como infarto do miocárdico, infecções e falência respiratória nesses pacientes (INOUYE, 2006; MILLER, 2008). Eliminar apenas um fator causador de delirium é improvável de resolver o caso no paciente idoso, devendo todas as causas serem resolvidas (INOUYE, 2006; INOUYE, WESTENDORP, SACZYNSKI, 2014).

O histórico médico completo deve ser obtido para detectar o uso de bebidas alcoólicas ou drogas benzodiazepínicas que contribuem para o delirium. Toda a prescrição e medicamentos em uso devem ser revisados (até mesmo medicamento que o paciente já faz uso há muito tempo), pois podem contribuir para o quadro. O hospital é um ambiente ideal

para a troca de medicamentos quando indicada após a reavaliação cuidadosa do risco-benefício (INOUYE, 2006).

O manejo farmacológico do delirium é baseado na utilização de antipsicóticos e benzodiazepínicos (GROVER; KUMAR; CHAKRABARTI, 2011), porém os estudos envolvendo o seu uso na prevenção do delirium ainda são limitados (MILLER, 2008), o seu uso em pacientes idosos hospitalizados com delirium ainda não foi bem definido e o *Food and Drug Administration* não aprovou o uso dessas drogas como tratamento para delirium (FLAHERTY; GONZALES; DONG, 2011). A sua ação pode não afetar o mecanismo causador do quadro e, caso afetem, a ação sobre os neurotransmissores varia conforme a droga utilizada (FLAHERTY; GONZALES; DONG, 2011). Uma revisão sistemática encontrou apenas um estudo clínico com grupo de controle e nele não foi comprovado diferença significativa na severidade do quadro com o uso de antipsicóticos, não encontrando evidência suficiente para o uso desses medicamentos em pacientes geriátricos em delirium (FLAHERTY; GONZALES; DONG, 2011). Além disso, a resolução do quadro irá ocorrer independente do uso dessas drogas, uma vez tratada a causa base (LONERGAN et al., 2006; NICE, 2010).

Diretrizes e especialistas no assunto fazem uma distinção entre tratar o delirium e o manejo dos sintomas comportamentais (FLAHERTY; GONZALES; DONG, 2011). O tratamento farmacológico deve ser indicado para pacientes em que os sintomas de delirium colocam em risco a sua segurança e a segurança de outros, ou colocaria em risco o manejo de funções vitais como ventilação mecânica ou cateter venoso central (INOUYE, 2006). Seu uso deve ser considerado apenas para o controle da agitação e após a identificação da causa e ter iniciado o tratamento (MILLER, 2008; NICE, 2010; BLAZER, 2019).

A prevenção é a maneira mais efetiva para a redução da frequência e complicações do delirium, incluindo quedas (HSHIEH et al., 2015). Tratando-se de uma condição multifatorial, a resolução de um fator de risco não é capaz de reverter o quadro, sendo as abordagens multifatoriais as mais efetivas e clinicamente relevantes para a prevenção e tratamento (INOUYE, 2006; INOUYE, WESTENDORP, SACZYNSKI, 2014).

Medidas que levam à redução na incidência de delirium em pacientes hospitalizados apresentando fatores de risco para o quadro incluem: reorientação constante quanto a pessoa e espaço, promoção de higiene do sono, mobilização precoce, correção da desidratação e a eliminação de estímulos auditivos desnecessários (MILLER, 2008; NICE, 2010; VASILEVSKIS et al., 2010).

Um estudo clínico utilizando intervenções preventivas possíveis na realidade hospitalar atual, evidenciou redução de 40% do risco de delirium, além de redução dos fatores de risco e redução na duração do quadro. Entretanto, não houve alteração nas recorrências e na gravidade do delirium. Os pacientes também apresentaram melhor pontuação nas escalas de orientação e houve menor uso de fármacos, evidenciando a importância da prevenção primária (INOUYE et al., 1999).

Após a instalação do quadro, é importante manejar todas as causas evidentes, fazer o tratamento de suporte, prevenir complicações e tratar sintomas comportamentais (INOUYE, 2006; GROVER; KUMAR; CHAKRABARTI, 2011). O tratamento de suporte inclui prover oxigenação adequada, manter hidratação e nutrição, posicionar e mobilizar o paciente precocemente para evitar lesões por pressão, realizar profilaxia para eventos trombóticos, evitar o uso de restrições mecânicas e manter os cuidados de rotina do paciente, como manejar a dor e outros possíveis desconfortos, estimular o controle da micção e prevenir a constipação. (INOUYE, 2006; MILLER, 2008).

Outras medidas que podem ser tomadas são alterações ambientais como colocar o paciente em quarto individual próximo a janelas para melhor percepção do dia e noite, prover iluminação adequada e evitar a troca constante de familiar ou membro da equipe de cuidados. Medidas invasivas incluem evitar o uso de sondas e cateteres, devendo ser utilizadas apenas quando estritamente necessárias. Para a reorientação do paciente podem ser utilizados calendários, relógios e fotos, sendo importante estimular a participação do familiar (FAUSTINO et al., 2016). O uso de próteses auditivas e óculos quando o paciente já as possui deve ser estimulado e medicações com indicação questionável e desprovidas de embasamento científico devem ser suspensas (INOUYE et al., 1999).

As medidas de prevenção e tratamento do delirium consomem tempo da equipe e envolvem alterações na estrutura do hospital, tornando-as pouco praticadas e de alto custo. Portanto, atualmente, muitas pesquisas estão sendo realizadas com o objetivo de procurar uma intervenção farmacológica segura e efetiva (BLAZER, 2019). Um estudo encontrou dados sugerindo que a associação de Haloperidol e Lorazepam apresentou uma boa resposta no tratamento do delirium, assim como o uso de Ramelteon na sua prevenção, reduzindo a sua incidência, no entanto ressalta que nenhuma intervenção farmacológica foi capaz de reduzir a mortalidade dos casos (WU et al., 2019).

4. RELATO DE CASO

Paciente feminina, 80 anos e parda. Previamente hipertensa há 16 anos e diabética há 10 anos. Doença renal crônica diagnosticada há 10 anos e em hemodiálise há 3 anos. Cirurgia prévia de angioplastia coronariana e laparotomia para tratamento de diverticulite, ambas há 3 anos. Apresentou episódio de hipoglicemia, hipotensão e redução de nível de consciência durante a hemodiálise. Foi encaminhada ao serviço de emergência após contato do Nefrologista.

Medicamentos de uso contínuo: Clonazepam 0,5 mg para ansiedade, Zolpidem 10 mg para insônia, tratamento para cardiopatia isquêmica e hipertensão arterial com AAS, Atenolol, Enalapril, Isossorbida, Nifedipino, Furosemida, Sinvastatina. Uso de Omeprazol e Vitaminas do Complexo B e Ácido Fólico.

Teve internação prévia há 2 meses devido a pielonefrite com uso de Ceftriaxona por 11 dias. Durante internação, apresentou nova infecção usando Meropenem e Vancomicina por 7 dias, com delirium hiperativo associado atribuído à sepse. Devido disfagia, foi feita passagem de sonda naso-entérica. Recebeu alta hospitalar com alimentação via oral, deambulando e com cognição semelhante ao que apresentava previamente à internação conforme familiar. Não foram utilizadas escalas específicas para diagnóstico e avaliação do delirium.

Há 5 dias iniciou uso de Amoxicilina e Clavulanato devido tosse seca e taquipneia de 5 dias de evolução associada a calafrios e sem febre aferida. Há 3 dias, havia apresentado episódio de hipoglicemia e redução do nível de consciência durante hemodiálise, passando a apresentar anorexia, dificuldade na fala e parou de deambular.

Chega à emergência com pontuação 10 na escala de Glasgow (abertura ocular ao comando verbal, localiza dor, sons incompreensíveis), pupilas médias isocóricas e fotorreagentes, hemiparesia e sinal de Babinski à direita. Presença de crepitações finas bibasais à ausculta respiratória e dor à palpação profunda da fossa ilíaca esquerda, sem sinais de peritonite. Demais sistemas sem alterações. Foi questionado hipótese diagnóstica de acidente vascular encefálico e diverticulite aguda, sendo solicitadas tomografia de crânio e abdome. Foi encaminhada para internação hospitalar para investigação diagnóstica.

A paciente morava com familiares que faziam o seu cuidado. Era auxiliada para tomar banho e trocar roupas, porém era capaz de se alimentar sozinha. Não realizava atividades instrumentais como cozinhar e lavar a louça. Fazia uso de óculos, usado ocasionalmente durante a internação e não fazia uso de prótese auditiva, embora apresentasse dificuldade para ouvir (hipoacusia). A paciente não era tabagista ou etilista e negava alergias medicamentosas.

Na internação, apresentava icterícia +/4, sopro holossistólico à ausculta cardíaca, crepitações finas bibasais e abdome depressível indolor à palpação difusa, sem sinais de peritonite. Realizado Hemoglicoteste constatando 54 mg/dL de glicemia capilar, sendo administrado 2 ampolas de Glicose 50% para correção. Após o tratamento, os sinais neurológicos focais apresentados pela paciente se resolveram, sendo concluído que sua causa era a hipoglicemia. Peso estimado de 48,95 Kg, altura de 1,49 m e IMC de 22,05 Kg/m² (eutrófica). Demais sistemas sem alterações. Exames laboratoriais estão contidos na tabela 1.

Dia	Cr	K	TGO	TGP	GGT	FA	Amilase	Lipase	Plaqt	PCR	BT	BD	TP	INR	Albumina	TTPA
Chegada	2,8		4600	2370	674	247	73	213	77 mil	15,86						
Internação	4,5		913	942	646	400	57	139	78 mil	15,86						
1°	5,5	4,5	912	938	626	297	49	135	74 mil	13,37	6,8	5,1				
2°		4,1	676	965									17,1	1,53	2,82	
3°		4,3	384	764	478	261			97 mil	10,81						35,7
6°		4,6	123	388	343	205			88 mil				14,7	1,26		

Tabela 1. Cr: creatinina, K: potássio, GGT: gama glutamil transferase, FA: fosfatase alcalina, Plaqt: plaquetas, PCR: proteína C reativa, BT: bilirrubina total, BD: bilirrubina direta.

Outros exames laboratoriais incluem IgG e IgM para toxoplasmose, sendo os resultados reagente e não reagente, respectivamente. Foram realizadas tomografias do abdome e crânio, além de ultrassonografia abdominal. Os laudos foram sintetizados abaixo:

- TC de abdome: Fígado, pâncreas e baço com forma, contornos e dimensões habituais. Vesícula biliar normalmente distendida, com pequenos cálculos no seu interior com paredes normoespessas. Sem evidência de dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas. Rins tópicos, com importante redução das dimensões e espessura parenquimatosa compatível com nefropatia crônica.
- TC de crânio: Sem evidência de evento isquêmico.
- US Abdominal: Sem alterações em vesícula biliar e baço. Rins de tamanho diminuído. Parênquima hepático um pouco heterogêneo, sem alterações específicas.

No segundo dia de internação, foi contida mecanicamente devido a retirada da sonda nasogástrica pela paciente. Estava lúcida e com melhora parcial da cognição. No terceiro dia se tornou agitada e gemente. Familiar relata que paciente estava lúcida, comunicando-se e queixando-se de fome. À noite, foi administrado um comprimido de Zolpidem 10 mg de uso prévio da paciente a pedido da acompanhante e, 15 minutos após a administração, a paciente apresentou confusão mental e agitação, persistindo nesse estado durante toda a noite. Após esse episódio, paciente passou a apresentar sonolência e redução do nível de consciência. A avaliação da paciente se tornou difícil devido a desorganização do pensamento e familiares referem que paciente apresentou alucinações durante a noite. Não apresentou sinais focais ao exame neurológico ou sinais de infecção. Não foram utilizados medicamentos antipsicóticos para controle dos sintomas da paciente. Ao total, a paciente ficou 3 dias com contenção mecânica. Não foram utilizadas escalas para a avaliação do quadro de delirium.

O quarto em que a paciente estava internada era bem iluminado com luz natural, porém era compartilhado com outra pessoa e a paciente estava no leito distante da janela. Também não haviam relógios e calendários no local. Os familiares se revezavam frequentemente para acompanhar a paciente, sendo aproximadamente 5 cuidadores ao total. Devido à essa grande rotatividade de cuidadores era difícil a comunicação com a equipe e

obter a colaboração dos familiares nos cuidados, mesmo com o pedido de reorientar frequentemente a paciente. A equipe também tinha rotatividade, trocando o funcionário da enfermagem a cada turno e aos finais de semana o responsável era designado conforme escala de plantão. Outro agravante era o deslocamento da paciente até a clínica de hemodiálise (que não era a que frequentava de rotina) três vezes na semana dificultando a familiarização com o ambiente.

Durante a internação, não foi realizada profilaxia para trombose venosa profunda e mobilização da paciente com fisioterapia devido às alterações em exames laboratorial. A nutrição da paciente era feita por sonda naso-entérica, porém, se tratando de uma paciente renal crônica, ela estava em restrição hídrica. O controle da micção e de fezes era feito através do uso de fraldas. A paciente não apresentou constipação durante a internação e não houve redução do volume urinário comparado ao basal. A paciente fez uso de oxigenioterapia através de óculos nasal e fez nebulizações em intervalos fixos, sendo um dos horários da prescrição às 4 horas, interrompendo o sono da paciente. Não foi registrado no prontuário o motivo da oxigenioterapia e da nebulização. O manejo da dor da paciente era feito com o uso de Dipirona e Tramadol prescritos caso a paciente referisse dor. A avaliação da paciente era feita de forma subjetiva conforme a ausência de agitação psicomotora e objetivamente através do uso da escala de coma de Glasgow.

No sexto dia de internação, a paciente apresentou melhora da cognição, mantendo-se ainda com a esclera icterica e com níveis de transaminases em regressão. Teve alta no dia seguinte com hipótese diagnóstica de hepatite isquêmica em resolução.

5. DISCUSSÃO

O caso relatado trata de uma paciente com diversos fatores de risco para delirium, incluindo episódio prévio de delirium, doenças graves (doença renal crônica e histórico de angioplastia coronariana), idade avançada e uso de diversos medicamentos, incluindo benzodiazepínicos e indutores do sono. A paciente também apresentava déficit sensorial devido à hipoacusia e a necessidade de usar óculos, além da dependência de outras pessoas para algumas Atividades de Vida Diárias. À parte dos fatores inerentes à paciente, podemos

identificar que o uso pontual de indutor do sono não benzodiazepínico precipitou o quadro de delirium e, após desencadeado o episódio, é possível identificar alterações que poderiam reduzir a duração do quadro e manejar os sintomas.

Diversas medidas para prevenção e manejo do delirium poderiam ser utilizadas apenas com a alteração do ambiente em que a paciente estava internada, como a o uso de quarto individual, evitando estímulos auditivos e visuais desnecessários, boa iluminação, presença de relógios, calendário e foto de familiares (FAUSTINO et al., 2016; INOUYE et al., 1999). Além da possibilidade de realizar a hemodiálise no quarto, sem deslocar a paciente. Outras medidas incluem menos intervenções da equipe de cuidados como a retirada de medicamentos que poderiam causar delirium (mesmo que já de uso contínuo da paciente) e não administrar medicamentos durante a noite, permitindo a manutenção do ciclo sono-vigília (INOUYE, 2006).

Intervenções que poderiam ser realizadas pela equipe incluíam melhor avaliação da dor da paciente, uma vez que a analgesia foi prescrita caso a paciente se queixasse, porém, com a cognição alterada, ela talvez não seria capaz de queixar (INOUYE, 2006; MILLER, 2008). Também não foi realizada profilaxia para trombose e fisioterapia para estimular a mobilização devido ao quadro clínico da paciente. A presença de familiares pouco colaborativos, não auxiliando na reorientação, ponto muito importante no tratamento, também dificultou o manejo (MILLER, 2008; NICE, 2010; VASILEVSKIS et al., 2010).

O diagnóstico do delirium foi feito a partir da identificação da alteração da cognição e agitação, de forma flutuante e com piora ao final da tarde e à noite, sem o uso de instrumentos padronizados que permitiriam acompanhar a evolução do quadro. Esses achados também não foram rastreados e quantificados. Um quadro de delirium hipoativo poderia ser subdiagnosticado, mesmo sendo mais grave que o hiperativo (INOUYE, 2006; VASILEVSKIS et al., 2010). A paciente teve a agitação manejada com contenções mecânicas tendo como justificativa manter a sonda nasoentérica para a nutrição da paciente. Entretanto o uso de contenção mecânica talvez possa prejudicar o quadro cognitivo da paciente, sendo

justificável o uso de medicamentos para a contenção, uma vez que a paciente apresentava risco de se ferir (INOUYE, 2006; MILLER, 2008; NICE, 2010; BLAZER, 2019).

Casos como este mostram a importância de estarmos atualizados no manejo e prevenção de doenças extremamente prevalentes na prática clínica. Ao mesmo tempo que estudos mostram a superioridade das medidas não-farmacológicas, para garantir a segurança do paciente, equipe e familiares, o uso de medicamentos pode ser considerado. Progressivamente mais estudos vêm sendo realizados e publicados à procura de medidas farmacológicas possíveis para paciente em delirium, devendo ser ressaltado que o papel dessas drogas será auxiliar às medidas não-farmacológicas (BLAZER, 2019; WU et al., 2019).

Uma metanálise feita por Wu et al. em 2019 iniciou uma nova discussão no manejo do delirium ao encontrar dados sugerindo a associação de Haloperidol e Lorazepam como tratamento efetivo em contraponto ao foco nas medidas não farmacológicas. O mesmo estudo também encontrou redução da incidência de delirium com o uso de Ramelteon, no entanto não houve redução da mortalidade dos casos. Entretanto, seriam essas drogas capazes de reduzir as sequelas cognitivas associado ao delirium? Mais estudos devem ser realizados para confirmar os achados dessa metanálise e registrar as suas consequências.

6. CONCLUSÃO

Delirium é uma síndrome grave e comum com consequências para os pacientes acometidos como piora funcional, perda da independência e maior mortalidade em um ano (MILLER, 2008). Atualmente, não adotamos rotinas com instrumentos padronizados no rastreio dos pacientes com fatores de risco e no acompanhamento do quadro já estabelecido (WEI et al., 2008). Muitas vezes o diagnóstico é feito ao se identificar um paciente que está “agitando” e prejudicando o trabalho da equipe, portanto uma equipe multiprofissional com conhecimento sobre o quadro é um dos pilares no manejo dos pacientes (INOUYE, 2006; INOUYE, WESTENDORP, SACZYNSKI, 2014).

Os cuidados dos pacientes em delirium se iniciam desde o quarto em que o paciente está internado até a prescrição ou retirada de medicamentos (INOUYE, 2006). Medidas não-farmacológicas apresentam maior eficácia na prevenção e manejo do delirium, porém consomem tempo da equipe e dependem da adaptação do ambiente hospitalar. Cada vez mais, pesquisadores têm procurado medicamentos que possam auxiliar no manejo desses casos, sempre como complemento às medidas não-farmacológicas (WU et al., 2019).

REFERÊNCIAS

- BLAZER, Dan G.. Pharmacologic Intervention for the Treatment and Prevention of Delirium. **Jama Psychiatry**, [s.l.], v. 76, n. 5, p.472-473, 1 maio 2019. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4276>. Disponível em: <jamanetwork.com>. Acesso em: 27 fev. 2019.
- FAUSTINO, Tássia Nery et al. Prevenção e monitorização do delirium no idoso: uma intervenção educativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 69, n. 4, p.725-732, ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO).
- FLAHERTY, Joseph H.; GONZALES, Jeffrey P.; DONG, Birong. Antipsychotics in the Treatment of Delirium in Older Hospitalized Adults: A Systematic Review. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [s.l.], v. 59, p.269-276, nov. 2011. Wiley
- GROVER, Sandeep; KUMAR, Vineet; CHAKRABARTI, Subho. Comparative efficacy study of haloperidol, olanzapine and risperidone in delirium. **Journal Of Psychosomatic Research**, [s.l.], v. 71, n. 4, p.277-281, out. 2011. Elsevier BV
- HSHIEH, Tammy T. et al. Effectiveness of Multicomponent Nonpharmacological Delirium Interventions. **Jama Internal Medicine**, [s.l.], v. 175, n. 4, p.512-532, 1 abr. 2015. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.7779>.
- INOUYE, Sharon K.. Delirium in Older Persons. **New England Journal Of Medicine**, [s.l.], v. 354, n. 11, p.1157-1165, 16 mar. 2006. New England Journal of Medicine (NEJM/MMS).
- INOUYE, Sharon K. et al. A Multicomponent Intervention to Prevent Delirium in Hospitalized Older Patients. **New England Journal Of Medicine**, [s.l.], v. 340, n. 9, p.669-676, 4 mar. 1999. New England Journal of Medicine (NEJM/MMS)
- INOUYE, Sharon K; WESTENDORP, Rudi G; SACZYNSKI, Jane S. Delirium in elderly people. **The Lancet**, [s.l.], v. 383, n. 9920, p.911-922, mar. 2014. Elsevier BV.
- LONERGAN, e et al. Antipsychotics for delirium. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [s.l.], 25 jan. 2006. John Wiley & Sons, Ltd. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd005594>.

MILLER, Marcia O. Evaluation and management of delirium in hospitalized older patients. **American Family Physician**, [s.i.], p.1265-1270, dez. 2008.

NICE. **Delirium**: diagnosis, prevention and management. London: National Institute For Health And Clinical Excellence, 2010.

SALLUH, J. I. F. et al. Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. **Bmj**, [s.l.], v. 350, n. 193, p.h2538-h2538, 3 jun. 2015. BMJ

VASILEVSKIS, Eduard E. et al. A screening, prevention, and restoration model for saving the injured brain in intensive care unit survivors. **Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 38, p.683691, out. 2010. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

WEI, Leslie A. et al. The Confusion Assessment Method: A Systematic Review of Current Usage. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [s.l.], v. 56, n. 5, p.823-830, maio 2008. Wiley

WU, Yi-cheng et al. Association of Delirium Response and Safety of Pharmacological Interventions for the Management and Prevention of Delirium. **Jama Psychiatry**, [s.l.], v. 76, n. 5, p.526-536, 1 maio 2019. American Medical Association (AMA).
<http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4365>.