

## **DELIRIUM EM PACIENTES IDOSOS: O QUE É A DOENÇA E QUAL A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE**

Larissa Nóbrega Rodrigues (1); Felipe Matheus Neves Silva (2); Matheus Macêdo Almeida (3);  
Thiago Assis Ferreira Santiago (4); Alexandre Magno da Nóbrega Marinho (5)

(1) Acadêmica de Medicina da *Universidade Federal de Campina Grande (UFCG-CG)*. E-mail:  
larinobrega@gmail.com

(2) Acadêmico de Medicina da *Universidade Federal de Campina Grande (UFCG-CG)*. E-mail:  
felipe.matheus.neves@hotmail.com

(3) Acadêmico de Medicina da *Universidade Federal de Campina Grande (UFCG-CG)*. E-mail:  
matheus.macedo23@hotmail.com

(4) Acadêmico de Medicina da *Universidade Federal de Campina Grande (UFCG-CG)*. E-mail:  
thiagoassisce@gmail.com

(5) Professor Adjunto III do curso de Medicina da *Universidade Federal de Campina Grande (UFCG-CG)*. E-mail:  
nobrega74@yahoo.com

### **INTRODUÇÃO**

Entende-se por *delirium* um estado agudo de confusão mental, resultado de variáveis episódios de estresse e que se apresenta, geralmente, com rebaixamento do brusco do nível cognitivo e/ou de consciência dos pacientes acometidos. O *delirium* ocorre, então, devido uma desorganização transitória da homeostase cerebral, passível de surgir tanto em pacientes previamente hígidos em aspectos neurológicos como, principalmente, em pessoas que já sofriam de algum tipo de distúrbio do cérebro.<sup>1,2,3</sup> Por causar importante decréscimo no estado geral do paciente, gerar novos sintomas diferentes daqueles que causaram a internação hospitalar e, com isso, necessitar de um tratamento específico e prolongar o período de permanência do paciente no hospital, o *delirium* acaba por provocar um aumento nos custos da internação hospitalar dos pacientes acometidos, acarretando em gastos na casa de bilhões de dólares todos os anos somente nos Estados Unidos.<sup>2</sup>

A doença apresenta-se clinicamente com manifestações variáveis, flutuando entre períodos de horas ou dias de queda súbita do nível de consciência, com importante déficit cognitivo agudo (dificuldade de fala, passando a criar frases sem sentido, perda de memória e/ou alucinações em pacientes sem diagnósticos neurológicos prévios), alteração do ciclo sono-vigília ou agitação intensa. Observa-se que indivíduos com diagnóstico de doença neurológica prévia, a exemplo demência, têm maior predisposição a iniciar quadros assim, principalmente se maiores de 65 anos.<sup>3</sup> O estresse desencadeador do *delirium* também é variável. O longo tempo de internação hospitalar por si só já é fator importante, mas quando está associado a

intervenções que de algum modo diminuam a liberdade e afetem a auto-estima dos idosos (uso de cateter vesical, de contenção física, grande quantidade de medicamentos, longo período sem deambular devido pós-operatórios complexos, por exemplo) aumentam ainda mais o risco do quadro de *delirium* se iniciar.<sup>2,3</sup> O *delirium* reflete que está ocorrendo algum tipo de distúrbio em um cérebro susceptível devido a um acometimento neurológico subjacente, podendo ser a apresentação inicial de outra doença antes não identificada, por isso a identificação do *delirium* é importante não apenas para amenizar o sofrimento durante o quadro, como para evitar complicações posteriores por atraso de diagnóstico.

O *delirium* é um acometimento comum, mas que aparece com incidência variável nos estudos, de acordo com os critérios utilizados para seu diagnóstico. Estima-se que 15-55% dos idosos hospitalizados sofram de *delirium*.<sup>2</sup> Pacientes submetidos a cirurgia de quadril, que é considerada de grande porte, assim como os idosos são a parcela preferencial da doença.<sup>4</sup> Se levarmos em conta que os idosos são muito mais susceptíveis a quedas, logo apresentam maior risco de fraturas de quadril tratáveis cirurgicamente, unindo assim dois importantes fatores de risco, podemos demonstrar que a quantidade de pessoas mais velhas com potencial para desenvolver quadro de *delirium* é muito grande.<sup>4</sup> Se levarmos em consideração idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), os números da incidência aumentam, variando de 70% a 87%.<sup>2</sup> Fora do hospital, pacientes idosos residentes de casas de apoio podem iniciar quadros de *delirium*, chegando à 65%, e aqueles no fim da vida que moram com a família apresentam até 80% de incidência em estudos norte-americanos.<sup>2</sup>

Percebe-se claramente a importância dessa doença para a população idosa, por isso é essencial que os profissionais da saúde conheçam o *delirium*, aprendam a identificá-lo precocemente e assim possam evitar complicações maiores, principalmente em um país como o Brasil, onde se espera real envelhecimento da estrutura etária.<sup>5</sup> O *delirium* ainda é uma doença subdiagnosticada, resultado em danos que poderiam ser evitáveis e é para evitar que isso ocorra que é importante que o assunto seja discutido sempre que pertinente.<sup>6</sup>

## METODOLOGIA

Para essa revisão bibliográfica sistemática foram selecionados artigos das principais bibliotecas virtuais disponíveis para pesquisa de temas da área da saúde, como Scielo, Lilacs e BVS, utilizando-se ainda o Google Acadêmico para selecionar estudos que não constavam nas outras fontes citadas. Os artigos usados estavam nas línguas portuguesa ou inglesa e incluíram-se apenas aqueles que continham as palavras-chave determinadas para essa revisão (*delirium*; idosos hospitalizados; diagnóstico; prevenção) e os que estavam disponíveis na íntegra em alguma das bases de dados. Foram excluídos aqueles publicados anteriormente a 2008 e as revisões sistemáticas. Essa seleção totalizou em 18 artigos considerados para esse trabalho. Além disso, buscou-se informação complementar no livro texto Medicina Interna de Harrison, 18ª edição.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

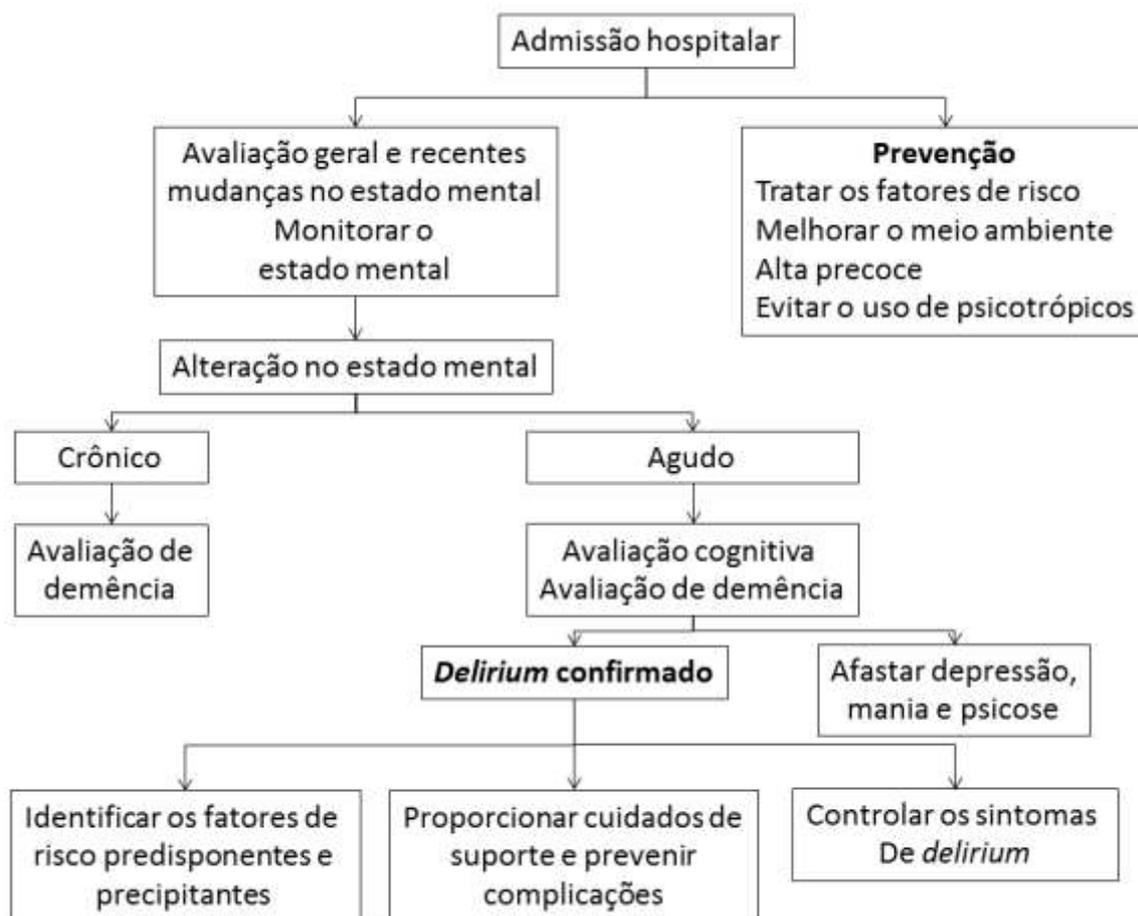
O *delirium* é uma doença capaz de comprometer ainda mais a qualidade de vida de pessoas que, por vários motivos, já a tem prejudicada. Como ocorre em grande incidência em indivíduos idosos que necessitaram de internação hospitalar, o público-alvo seleciona quem já apresentava outras doenças, sejam sistêmicas, sejam localizadas, mas de grande porte (como fratura de quadril). Quando os quadros típicos da doença se iniciam, podem causar sofrimento considerável tanto no paciente, que se torna mais agitado que o comum, aumentando sua angústia e ansiedade pelos estresses inerentes a uma internação hospitalar complicada ou que tem déficit cognitivo e não consegue mais se comunicar de maneira eficaz, pois a memória passa a ser falha e as frases formadas já não fazem sentido para quem as ouve, quanto para os cuidadores, que não mais reconhecem seu familiar doente da maneira intelectual ao qual estavam acostumados, mesmo que sejam por quadros flutuantes por horas ou dias.<sup>7</sup>

As pessoas acometidas por *delirium* apresentam grande risco de desenvolver lesão cerebral permanente e alta taxa de mortalidade.<sup>1,3</sup> A patologia e a anatomia do *delirium* ainda precisam ser melhor estudadas, mas acredita-se que as lesões relacionadas à doença são difusas, acometendo tronco encefálico, tálamo, córtex pré-frontal e lobos parietais.<sup>2</sup> O grau de lesão pode ser mais grave à medida que o quadro se estenda. Geralmente há deficiência de acetilcolina nesses pacientes, por isso é necessária atenção ao uso de anticolinérgicos em pacientes idosos com fatores de risco para *delirium*. Também relacionado à falta de acetilcolina, justifica-se a maior predisposição que pacientes com demência (por exemplo, doença de Alzheimer) têm de abrir quadros de *delirium* quando submetidos a estresses tidos como etiologias da doença. As etiologias associadas ao *delirium* são diversas, além da hospitalização, doenças neurológicas prévias e uso de medicações anticolinérgicas, distúrbios metabólicos (insuficiências pulmonar, hepática, renal e cardíaca), endocrinológicos (hipertireoidismo, hipotireoidismo, insuficiência suprarrenal), cerebrovasculares (AVE isquêmico focal), autoimunes (vasculite do sistema nervoso central) e neoplásicos (meningite carcinomatosa) e infecções (sepsis) podem provocar o início do quadro de *delirium*.<sup>2,3</sup> Existe ainda o *delirium* terminal do fim da vida, que ocorre mesmo sem estresses provocativos em pacientes de idade bastante avançada e que sequer estejam hospitalizados.

Após a reversão do quadro de *delirium*, os pacientes que não evoluem com amnésia seletiva em relação ao que viveram durante a doença, podem sofrer bastante com as recordações, com repetição das vivências, principalmente as de agitação, semelhante àqueles que sofrem as vítimas de estresse pós-traumático.<sup>1</sup> Além disso, a lesão difusa ocorrida no curso do *delirium* pode agravar as doenças de base do idoso ou abrir um quadro neurológico intenso e grave.

Para evitar essa piora da qualidade de vida e para evitar complicações maiores posteriores ao início do quadro, é preciso identificar precocemente a doença e tratá-la. Ainda não há um padrão diagnóstico para o *delirium*, existem diferentes questionários e protocolos de observação clínica do doente para identificar essa patologia, mas sabe-se que o diagnóstico é eminentemente clínico. Um dos principais recursos de triagem para identificar o *delirium* é o Método de Avaliação de Confusão (MAC) (Confusion Assessment Method), figura 1, em que o

paciente é acompanhado desde a admissão hospitalar, observando mudanças importantes da atividade cerebral (cognição).<sup>3</sup> Ele apoia-se no conhecimento do perfil do paciente pelos profissionais responsáveis e na observação por parte dos cuidadores. Essa triagem torna-se ainda mais importante se o paciente apresenta algum dos principais fatores de risco para *delirium*, como a idade maior de 65 anos, necessidade de cirurgia de quadril, doenças demenciais prévias à internação, intervenções invasivas em leito (cateterismo vesical, contenção física). É importante salientar que existem ainda variáveis que atrapalham a confirmação do *delirium*, principalmente em pacientes hospitalizados em leitos de UTI, onde geralmente encontram-se sedados e/ou com doenças sistêmicas bem mais graves, apresentando-se então impossibilitados de serem avaliados quanto à cognição.<sup>2</sup> Para tais pacientes existem também diferentes métodos de triagem, como um MAC adaptado à UTI e o Escore Para Detecção de *Delirium* (*Delirium Detection Score*). A dificuldade de definir um método diagnóstico não pode resultar no subdiagnóstico da doença, por isso é preciso organização da equipe hospitalar e a determinação do protocolo do serviço para identificação de pacientes com risco de desenvolver *delirium*.<sup>6</sup>



Algoritmo para avaliação e conduta de *delirium* em idosos hospitalizados. (Retirado de Medicina Interna de Harrison, 18ª edição, página 579)

O tratamento precoce é capaz de reverter o quadro, reduzindo os danos causados ao cérebro e o sofrimento psicológico causado pela doença. Ele começa com medidas para inibir o fator estressante provocador da doença e com a utilização do apoio da família na hora da comunicação paciente-profissional da saúde ou levando para o leito objetos que os ajudem a lembrar quem são os cuidadores, o que ajuda os pacientes em se reorientar no tempo e espaço.<sup>7</sup> Essas são formas que podem até já ser suficiente para reverter o quadro. O tratamento medicamentoso preconizado é feito com baixas doses e haloperidol, mas esse deve ser o último recurso.<sup>2</sup> A prevenção é mesmo o meio mais eficaz de preservar a qualidade de vida do paciente. O ideal é que cada hospital tenha seu protocolo para identificar pacientes com risco de desenvolver *delirium* e possa assim tomar as melhores medidas para cuidar bem dos mesmos.<sup>6</sup>

## CONCLUSÕES

O *delirium* é uma doença que tende a ser cada vez mais frequente nos hospitais, uma vez que é comum em idosos e a população está envelhecendo. Por mais que seu quadro possa se manter até mesmo apenas por horas, os danos cerebrais que ele pode causar é capaz de gerar sequelas importantes no paciente, diminuindo a sobrevida e prejudicando a qualidade de vida dele e de seus cuidadores. A fim de apresentar a doença e indicar os cuidados simples de observação que são capazes de prever potenciais indivíduos que possam desenvolver *delirium*, é importante que as equipes de saúde que lidam com pacientes idosos conheçam os fatores de risco da doença, as etiologias associadas e estejam aptos a indicar o tratamento precoce com o intuito de reverter rapidamente o quadro, diminuindo assim os danos cerebrais e as complicações posteriores podem ocorrer. A divulgação de informações a cerca da doença, destacando sua importância na qualidade de vida e na sobrevida dos pacientes idosos é essencial para um melhor cuidado com essa parcela da população que tende a ser maior a cada ano.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup> Wacker P, Nunes PV, Forlenza OV. *Delirium* e demência no idoso: existem fatores de risco comuns?. Rev Psiq Clín. 2005; 32(3): 113-118.

<sup>2</sup> Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SJ, Jameson JL, Loscalzo J. Medicina Interna de Harrison, 2vol. 18. ed. São Paulo: 2013.

<sup>3</sup> Muñoz RLS, Tagushi LC, Martins GCCS, Andrade MR, Lima KMSR. Prevalência e fatores associados com ocorrência de *delirium* em adultos e idosos internados. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2012 jul-ago; 10(4): 285-290.

<sup>4</sup> Cunha PTS, Artifon NA, Lima DP, Marques WV, Rahal MA, Ribeiro RR. et al. Fratura de quadril em idosos: tempo de abordagem cirúrgica e sua associação quanto a *delirium* e infecção. *Acta Ortop Bras.* 2008; 16(3): 173-176.

<sup>5</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.

<sup>6</sup> Silva RCG, Silva AAP, Marques PAO. Análise dos registros produzidos pela equipe de saúde e da percepção dos enfermeiros sobre sinais e sintomas de *delirium*. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2011; 19(1): 1-9.

<sup>7</sup> Martins S, Simões MR, Fernandes L. O impacto do *delirium* na família/cuidadores. *Rev Port Enferm Saúde Mental.* 2013; 10: 43-38.