

Delirium no paciente idoso com complicações clínicas: elaboração de um protocolo

Delirium in elderly patients with clinical complications: elaboration of a protocol

Aline Brito Costa¹.

João Lima Rodrigues¹.

Tadeu Gonçalves de Lima^{1,2}.

1 Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

2 Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Padronizar o manejo do delirium no paciente idoso com complicações clínicas no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) baseado nas melhores evidências científicas. **Metodologia:** Realizada revisão bibliográfica entre os anos de 2012-2022 em julho/2022 na base de dados PUBMED, utilizando os descritores: “delirium” e “hospital”. Foram incluídos artigos desenvolvidos na faixa etária 65+ anos e os categorizados como meta-análise e revisão sistemática. Foram encontrados 178 artigos, destes 18 foram selecionados para a confecção do protocolo, excluíram-se os realizados no contexto de pós-operatório. Buscou-se também protocolos de hospitais brasileiros públicos e privados disponíveis por meio eletrônicos, assim como recomendações de diretrizes internacionais. **Resultados:** Elaborado o protocolo sugerido de delirium do Hospital Universitário Walter Cantídio com foco na prevenção, identificação de fatores de risco, diagnóstico e tratamento. **Conclusões:** A partir do protocolo elaborado é possível padronizar o manejo do delirium no HUWC com perspectiva de utilização em todas unidades clínicas do complexo, dessa forma, facilitando o reconhecimento de forma precoce e melhor condução dos casos.

Palavras-chave: Delírio. Idoso. Protocolo clínico.

ABSTRACT

Objective: To standardize the management of delirium in elderly patients with clinical complications at Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) based on the best scientific evidence. **Methods:** in July/2022 an extensive bibliographic review was carried out searching articles published between the years 2012 to 2022, in the PUBMED database, using the following keywords: “delirium” and “hospital”. Were included in this study, articles that worked with over 65 years old group and articles categorized as meta-analysis or systematic reviews. A total of 178 articles were found, of which 18 were selected for the elaboration of the protocol, excluding those carried out in a postoperative context. Protocols from public and private Brazilian hospitals available electronically were also sought, as well as recommendations from international guidelines. **Results:** A delirium protocol was developed at the HUWC, focusing on prevention, identification of risk factors, diagnosis and treatment. **Conclusions:** Based on the elaborated protocol, it is now possible to standardize the management of delirium at the HUWC with the perspective of using it in all clinical units of the complex, thus facilitating early recognition and improve cases management.

Keywords: Delirium. Elderly. Clinical protocol.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos da licença Creative Commons CC BY.

Autor correspondente: Aline Brito Costa, Rua Waldery Uchoa, 600, Benfica, Fortaleza, Ceará. CEP: 60020-110. E-mail: alinebritc@gmail.com

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 23 Fev 2023; Revisado em: 08 Mai 2023; Aceito em: 27 Dez 2023.

INTRODUÇÃO

Delirium é caracterizado por uma alteração aguda da consciência associado a desatenção e pensamento desorganizado, desenvolvido ao longo de um curto período de tempo (horas a dias) e de curso flutuante. Pode ser dividido, de acordo com o subtipo motor, em hipoativo, hiperativo e misto.^{1,2}

O diagnóstico é primariamente clínico. Os critérios diagnósticos com base no *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual, 5th edition* (DSM-5) são cinco: alterações na atenção e na consciência; evolução em curta janela temporal (horas a dias) com curso flutuante durante o dia; mudança na cognição; as alterações anteriores não são justificadas por outra patologia prévia; existe evidência através da história, exame físico ou achados laboratoriais de que a síndrome é causada por uma condição médica geral. O *Confusion Assessment Method* (CAM) é um dos instrumentos validados para realizar a triagem desses pacientes.³

O *delirium* é uma condição que atinge cerca de metade dos idosos hospitalizados em algum momento durante a internação.⁴ Porém, é uma condição subdiagnosticada em até 67% das vezes.⁵ Um estudo de meta-análise realizado em 2020 mostrou que pacientes idosos com *delirium* tiveram 3,18 vezes maior mortalidade em comparação com os que não tiveram essa síndrome.⁶ Esses dados sustentam a importância do seu pronto reconhecimento, prevenção e tratamento no âmbito hospitalar por meio da implementação de protocolos assistenciais.

O objetivo desse estudo é elaborar um protocolo para padronizar o manejo de delirium no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) baseado nas melhores evidências científicas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com metodologia de revisão narrativa realizado em julho/2022. A partir de revisões de artigos científicos sobre delirium, busca de protocolos em hospitais brasileiros disponíveis em meio eletrônico, assim como recomendações de diretrizes internacionais.

Primeiramente foi realizada revisão bibliográfica entre os anos de 2012 a 2022 na plataforma PubMed. Os descritores utilizados na pesquisa foram: Delirium e Hospital.

Como critérios de inclusão foram considerado artigos disponíveis na íntegra, categorizados como revisão sistemática e meta-análise, desenvolvidos na faixa etária acima de 65 anos. Foram excluídos artigos realizados no contexto exclusivo de pós-operatório.

Encontrou-se 178 estudos, destes, 18 foram selecionados para a elaboração do protocolo. Além da utilização da diretriz internacional do *National Institute for Health Care and Excellence* (NICE)⁷ sobre delirium.

No segundo momento foi feito a pesquisa no Google Brasil de protocolos de delirium de hospitais/instituições brasileiras, sendo selecionados os dos seguintes hospitais: Albert Einstein,⁸ Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina⁹ e Hospital do Coração de São Paulo (HCor).³

A última etapa foi a criação do protocolo sugerido após revisão bibliográfica da seleção de protocolos brasileiros, diretrizes e artigos encontrados nas etapas anteriores.

RESULTADOS

Os protocolos nacionais selecionados têm propostas em diferentes contextos, o Quadro 1 mostra as condutas de cada um deles relacionadas a importantes pautas na abordagem de *delirium*.

A diretriz internacional do *National Institute for Health Care and Excellence*, por sua vez, recomenda para diagnóstico o DSM-5 ou CAM diariamente realizado por profissional de saúde treinado e uso do haloperidol nos casos de agitação (começar com menor dose clinicamente apropriada), sem citar dose.

Após análise dos protocolos nacionais, da diretriz internacional e das evidências científicas, foi criado a sugestão do protocolo de *delirium* (Figuras 1 e 2) para o HUWC descrevendo as principais medidas preventivas, identificação de fatores de risco, diagnóstico e tratamento.

DISCUSSÃO

De acordo com revisão sistemática de 2020,^{3, 4} instrumentos de identificação foram bem validados para *delirium* e recomendados para utilização uma vez que são consistentes com a recomendação diagnóstica atual do DSM-5, sendo eles: CAM, Escala de triagem de observação de delírio (DOSS), Escala de avaliação de delírio revisada-98 (DRS-R-98) e a Escala de Avaliação de Delirium Memorial (MDAS). Dessa forma, a construção do protocolo desse estudo usou o CAM como instrumento de triagem e o CAM-ICU nos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. A base de evidências relacionada aos pacientes com *delirium* sobreposto a demência ainda é bastante limitada, necessitando de atualização no protocolo em caso da publicação de novos estudos.¹⁰

A análise do quadro 1 quando comparado às recomendações da diretriz do NICE evidencia a concordância do CAM como método de rastreio, com variável recomendação a respeito da frequência de rastreio, além de divergência quanto ao profissional aplicador.

Em relação a frequência da triagem, os artigos selecionados também não mostram consenso nas evidências. Sendo optado no protocolo sugerido por realização diária. A recomendação, em geral, é que seja sempre aplicado por um profissional de saúde treinado.¹¹

Quadro 1. Protocolos brasileiros sobre delirium.

Instituição	Protocolo	Método de rastreio/frequência/ Profissional aplicador de rastreio	Tratamento farmacológico/Dose
HCor (2020) ²	Protocolo de delirium: prevenção, detecção e tratamento	<ul style="list-style-type: none"> CAM Realizado na admissão e posteriormente em caso de suspeita ou relato de cuidadores se apresentarem sinais descritos em folheto informativo sobre <i>delirium</i> Profissionais de Enfermagem 	Haloperidol (inicial 1-2,5 mg; Máx 5mg VO ou IM) Risperidona (inicial: 0,5 a 1mg; máx 2 mg VO) Olanzapina (Inicial: 2,5-5mg; Máx: 10mg; VO) Quetiapina (Inicial: 25=50 mg. Máx: 200mg VO) *Considerar melatonina 3-6mg – desorganização ciclo sono vigília *Tiamina em pacientes alcoolistas ou desnutridos
Albert Einstein (2021) ⁷	Analgesia, sedação e manejo do delirium em pacientes adultos sob ventilação mecânica	<ul style="list-style-type: none"> CAM-ICU Duas vezes por dia Nenhuma observação descrita 	<ul style="list-style-type: none"> Quetiapina 12,5 a 25 mg 2x/d VO/Vs Olanzapina 2,5 a 5 mg 2x/d VO/Vs Risperidona 0,5 a 1 mg 2x/d VO/Vs Haloperidol 0,25 a 0,5 mg VO/Vs/EV Em situação de emergência : Haloperidol 2,5 a 5 mg EV, repetir a cada 20 min até controle da agitação. Dose máxima 20 mg em 24h -Manejo do ciclo sono-vigília: Melatonina 3 a 5 mg VO/Vs à noite
Rede de Atenção Psicossocial. Santa Catarina (2015) ⁸	Estados confusionais agudos (Delirium): protocolo clínico	<ul style="list-style-type: none"> CAM- ICU + teste auditivo de atenção ou teste de atenção visual Nenhuma observação descrita 	Haloperidol 0,5-2mg VO ou IM 2x/dia. Idosos: 0,25-0,5 mg Segunda escolha: Clorpromazina

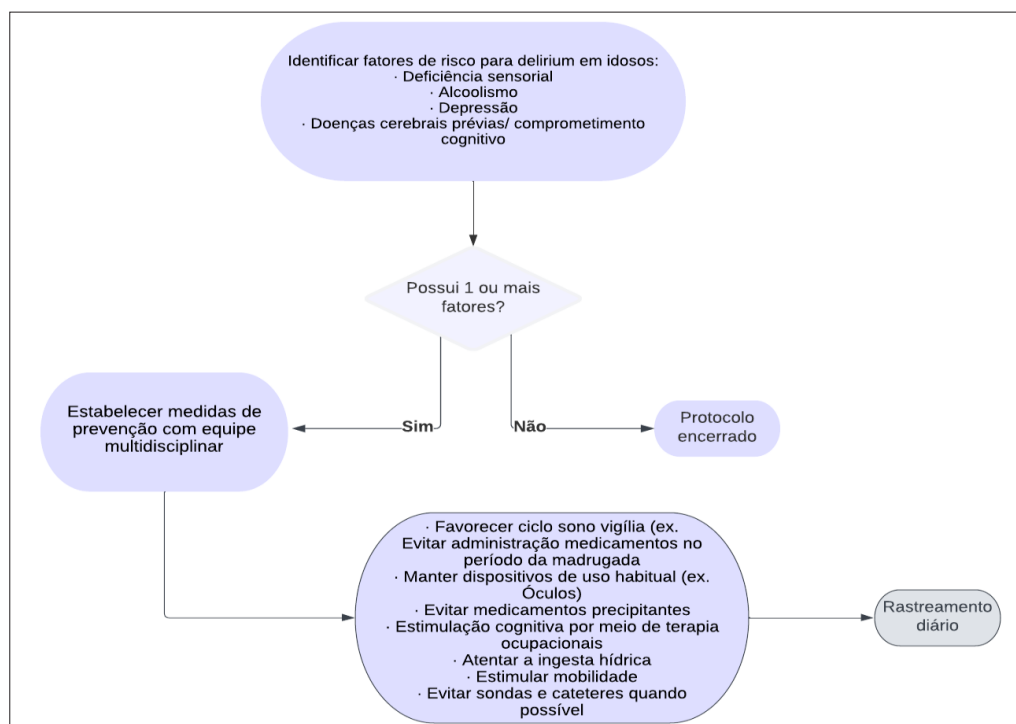
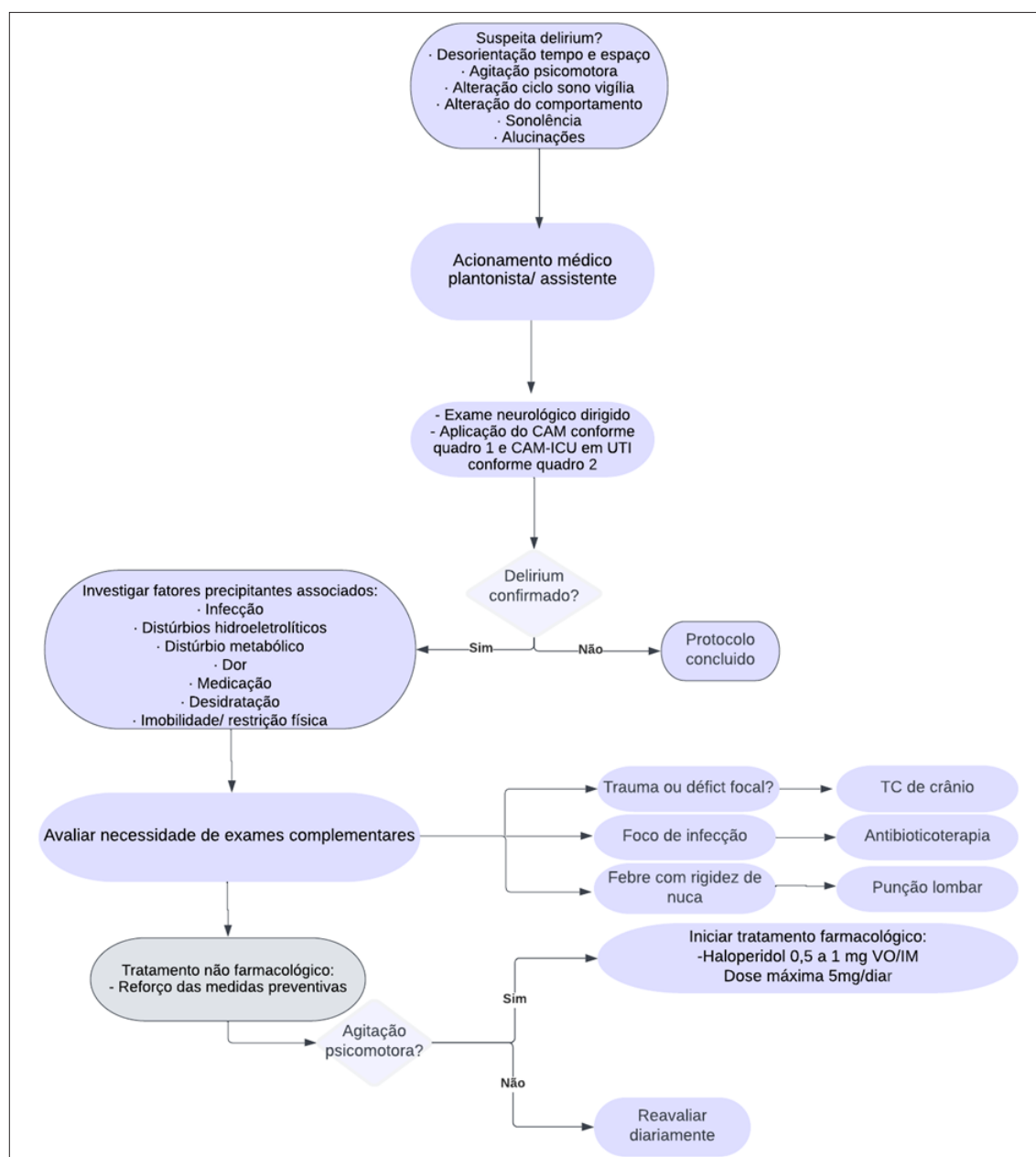
Figura 1. Prevenção e rastreio de delirium.

Figura 2. Detecção e manejo de delirium.



As intervenções não farmacológicas continuam sendo a principal estratégia para prevenção, devendo ser implementadas em pacientes que configuram alto risco, como por exemplo pessoas >65 anos e/ou com déficit cognitivo prévio.¹² O *Hospital Elder Life Program* (HELP) é um dos exemplos dessas propostas de intervenções que demonstrou eficácia na diminuição dos casos de *delirium*,⁴ sendo suas medidas adaptadas para ao protocolo criado.

Quanto ao tratamento farmacológico utilizados nos casos de agitação psicomotora grave, o haloperidol permanece sendo a primeira escolha. Os antipsicóticos de segunda geração,

apesar de serem citados nos protocolos brasileiros conforme Quadro 1, demonstraram em pacientes hospitalizados aumento de risco de mortalidade em comparação com o placebo.¹³ As demais medicações estudadas ainda necessitam de estudos mais robustos para recomendação.

CONCLUSÃO

Delirium é uma condição prevalente, associada a maior morbimortalidade em pacientes idosos internados, porém potencialmente prevenível se implementadas medidas preventivas em conjunto com rastreamento diário desses pacientes.

As medidas não farmacológicas continuam sendo até o presente momento a mais eficaz estratégia para prevenção e tratamento, uma vez que as possibilidades farmacológicas ainda são limitadas e com necessidade de melhor evidência.

Dessa forma, a implementação de rastreio dos fatores de risco para *delirium* na admissão dos pacientes e na triagem diária estabelecidas por meio do protocolo clínico sugerido é importante como medida para possível redução da incidência dessa patologia, além do reconhecimento de forma precoce e melhor condução dos casos diagnosticados.

REFERÊNCIAS

1. Andrade LC. Protocolo de delirium: prevenção, detecção e tratamento. [place unknown]: HCor - Associação Beneficente Síria; 2020. [Acesso em: 12 Jul 2022]. Disponível em: <https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/2020/11/6-Protocolo-Delirium.pdf>.
2. Iglseider B, Frühwald T, Jagsch C. Delirium in geriatric patients. *Wien Med Wochenschr.* 2022;172(5-6):114-121.
3. Helfand BK, D'Aquila ML, Tabloski P, Erickson K, Yue J, Fong TG, et al. Detecting Delirium: A Systematic Review of Identification Instruments for Non-ICU Settings. *J Am Geriatr Soc.* 2021;69(2):547-555.
4. Ludolph P, Stoffers-Winterling J, Kunzler AM, Rösch R, Geschke K, Vahl CF, et al. Non-Pharmacologic Multicomponent Interventions Preventing Delirium in Hospitalized People. *J Am Geriatr Soc.* 2020 Aug;68(8):1864-71.
5. Luna AA, Bridi AC, Silva RC. Delirium em terapia intensiva – um estudo retrospectivo. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2014;9(1):69-75.
6. Aung Thein MZ, Pereira JV, Nitchingham A, Caplan GA. A call to action for delirium research: Meta-analysis and regression of delirium associated mortality. *BMC Geriatr.* 2020; 20(1):325.
7. O'Mahony R, Murthy L, Akunne A, Young J; Guideline Development Group. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. *Ann Intern Med.* 2011;154(11):746-51.
8. Ferraz AC. Analgesia, sedação e manejo do delirium em pacientes adultos sob ventilação mecânica. [place unknown]: Albert Einstein; 2022. [Acesso em: 12 Jul 2022]. Disponível em: https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Analgesia-Sedacao-e-Manejo_de-delirium-emPacientesadultos-sob-ventilacao-mecanica.pdf.
9. Governo do Estado de Santa Catarina. Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para o tratamento de quadros de psicose orgânica aguda, ou estados confusionais agudos, tipo delirium [Internet]. Santa Catarina: Secretaria de Saúde; 2015; [Acesso em: 26 Jul 2022]. Disponível em: <https://antigo.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9207-estados-confusionais-agudos-delirium/file>
10. Morandi A, McCurley J, Vasilevskis EE, Fick DM, Bellelli G, Lee P, et al. Tools to detect delirium superimposed on dementia: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(11):2005-13. Erratum in: *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(1):174.
11. De J, Wand AP. Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients. *Gerontologist.* 2015;55(6):1079-99. Erratum in: *Gerontologist.* 2017;57(2):387.
12. Burton JK, Craig L, Yong SQ, Siddiqi N, Teale EA, Woodhouse R, et al. Non-pharmacological interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;11(11):CD013307.
13. Ubierna DB, Schiffrin NC, Cárdenas DC, Munizaga RS, Piedra JM. Antipsicóticos atípicos para el tratamiento de delirium en pacientes hospitalizados [Internet]. [place unknown: publisher unknown]. 2021. [Acesso em: 26 Jul 2022]. Disponível em: <https://www.medwave.cl/puestadia/resepsis/8168.html>.

Como citar:

Costa AB, Rodrigues JL, Lima TG. Delirium no paciente idoso com complicações clínicas: elaboração de um protocolo. *Rev Med UFC.* 2025;65(1):e83439.