Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa

Principais Agravos Agudos de Saúde da Pessoa Idosa

Unidade 1 Delirium

Bem vind@s a Unidade I - Delirium.

Nesta unidade, trataremos sobre o Delirium e suas especificidades, bem como o quadro clínico e os sintomas comumente encontrados em idosos.
Abordaremos também os fatores precipitantes e o diagnóstico diferenciado, a partir das causas e fatores de risco para o reconhecimento de idosos com Delirium.
Por fim, estudaremos como deve ser o manejo de pacientes idosos com Delirium e as medidas que devem ser instituídas.

Clique aqui para conhecer os objetivos dessa unidade OBJETIVOS

Os objetivos dessa unidade são:

- Definir delirium e identificá-lo em um paciente idoso;
- Listar os principais fatores precipitantes de delirium na pessoa idosa;
- Diferenciar as principais doenças que podem ser confundidas com delirium;e
- Descrever as medidas terapêuticas do delirium no idoso.

O delirium (ou estado confusional agudo) é definido como uma alteração do estado mental aguda, decorrente de um problema orgânico.

Delírio, Delirium e Delirium tremens...

Todos se referem a transtornos do pensamento, porém delírio envolvem crenças distorcidas sem prejuízo na inteligência, enquanto delirium envolve distúrbios cognitivos em função de um problema orgânico.

Todos se referem a transtornos do pensamento, porém delírio envolvem crenças distorcidas sem prejuízo na inteligência, enquanto delirium envolve distúrbios cognitivos em função de um problema orgânico.

Delírio envolve crenças mal fundamentadas, que a pessoa resiste a qualquer argumentação lógica e que causa sérios prejuízos na vida social do indivíduo. Exemplos: Delírio de grandeza, delírio de perseguição, ciúme patológico...

Delirium se refere a uma confusão mental aguda e importante fator diagnóstico de transtorno orgânico. Exemplo: Após passar dias sem dormir Salvador Dali relatava ver objetos sólidos escorrendo e alucinações que inspiravam suas pinturas. Um exemplo mais comum é não conseguir raciocinar adequadamente, se sentir desorientado, confuso, lento e apático diante de uma infecção muito séria.

Delirium tremens é um tipo de delirium específico da Síndrome de Abstinência de drogas como álcool, maconha, cocaína ou medicamentos depressores do sistema nervoso central. Envolve confusão mental, muita ansiedade, euforia, rápidas variações de humor, distúrbios do sono e convulsões.

Fonte: VASQUES, D. A. C. Entendendo o Delirium. 2012. Disponível em: . Acesso em: 12 fev. 2014.

Nos idosos, o delirium é muito importante não apenas pela sua frequência, mas por muitas vezes ser a única ou principal manifestação clínica de uma doença aguda. É considerado uma urgência médica por poder representar sintoma de doença grave e deve ser prontamente reconhecido e tratado pelo profissional de saúde.

As taxas de prevalência são variáveis. Em indivíduos idosos da comunidade, varia de 1 a 2%. Em idosos internados em enfermaria essa taxa se eleva a aproximadamente 40% e nos internados em unidades de terapia intensiva (UTI), pode chegar a quase 90%.

Apesar de sua importância, o delirium é frequentemente subdiagnosticado, relegado a segundo plano pelos profissionais de saúde ou confundido com outras condições neurológicas ou psiquiátricas

Para que seja diagnosticado um quadro de Delirium em pacientes idosos, devem ser observados os seguintes critérios:

A. Presença de distúrbio da atenção (redução da habilidade de focar ou dividir atenção) e da consciência (redução na orientação tempo espacial em relação ao meio)
B. Os distúrbios ocorrem por um curto período de tempo (horas ou poucos dias) representando uma mudança no nível prévio de atenção e consciência. Tende a flutuar em severidade ao longo do dia
C. Distúrbio adicional na cognição
D. Critérios A e C não são melhor explicados por outras desordens neurocognitivas e não ocorrem no contexto de severa perda de nível de vigilância como no coma
E. Existe evidência de o quadro ser consequência à outra condição médica, intoxicação ou retirada de substâncias, exposição a toxinas ou múltiplas etiologias.

Deve ser especificado se agudo ou persistente e se hipoativo, hiperativo ou misto.

O quadro mais comumente encontrado é de um idoso desorientado, com pensamento vago e incoerente, falta de memória (que é maior quanto mais importante for a desorientação) e ilusões ou alucinações. É muito difícil manter sua atenção em um determinado estímulo. O paciente apresenta sonolência de dia e sono reduzido ou fragmentado à noite. Em certos momentos os sintomas parecem melhorar transitoriamente, o que requer avaliação em momentos diferentes do dia pelo profissional de saúde.

Você sabia?

Que o delirium pode ser classificado em três subtipos, de acordo com a atividade psicomotora do paciente? (Disponível no material complementar)

Tópico 02 Fatores precipitantes e Diagnóstico diferencial

O delirium é uma condição multifatorial, raramente sendo causado por apenas um agente. Os fatores precipitantes mais frequentes são o uso de medicamentos (principalmente aqueles que atuam no sistema nervoso central, como sedativos, antidepressivos, analgésicos opióides e anticonvulsivantes), as infecções e a mudança de ambiente (p. ex. internamento hospitalar, especialmente em UTI).

A seguir, apresentamos as principais causa de delirium em idosos:

Substâncias

Sedativos (diazepam, p. Ex.), anticonvulsivantes (fenobarbital, p. Ex.), antidepressivos

(amitriptilina, p. Ex.), opioides (codeína, tramadol, p. Ex.), corticoides (prednisona, p. Ex.), digoxina, ranitidina, hipotensores (propranolol, nifedipina, enalapril, p. Ex.) Atenção ao uso de medicamentos anticolinérgicos

Infecções

Meningite, pneumonia, infecção urinária, influenza, etc

Doenças cardíacas

Arritmias, insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio

Distúrbios Hidroeletrolícos e metabólicos

Desidratação, alterações de sódio e potássio, hipo/hiperglicemia

Distúrbios do sistema nervoso central

Epilepsia, doença cérebro-vascular (acidente vascular cerebral, p. Ex.)

Neoplasias

Tumores e metástases cerebrais

Traumatismos

Cirurgias (especialmente aquelas com anestesia/sedação), fraturas (principalmente de fêmur)

Mudança de ambiente

Hospitalização, p. Ex. (especialmente em UTI)

Nem todos os idosos são igualmente sujeitos a desenvolverem delirium. Existem fatores de risco bem definidos que facilitam o surgimento desta condição. Dentre eles destacam-se:

idade mais avançada
múltiplas comorbidades
uso de grande quantidade de medicamentos (polifarmácia)
histórico de etilismo
depressão ou demência já estabelecidos
déficits sensoriais (cegueira ou surdez, p. ex.).

Assim, um idoso de 90 anos que é cego, hipertenso, diabético, que já tem demência leve e faz uso de 5 medicamentos diariamente pode desencadear quadro de delirium facilmente com apenas um ou dois dos fatores precipitantes já citados. Por outro lado, uma pessoa de 65 anos, hipertensa leve, psicológica e fisicamente ativa, utilizando apenas 1 medicamento com bom controle da pressão necessitará da presença de múltiplos fatores precipitantes para desenvolver delirium.

Você sabia?

Que existes um MNEMÔNICO para facilitar a identificação das principais causas e fatores de risco do Delirium?

D rogas (medicamentos e álcool).
E letrólitos (desidratação, disturbios do sódio, potássio e glicose).
L esões Neoplásticas (neoplasias).
I nfecções.
R edução das Funções Sensoriais (surdez, cegueira).
I squemia Cerebral (AVC, epilepsia).
U TI (mudanças de ambiente, cirurgia, anestesia).
M IOCÁRDIO (infarto, arritmias, insuficiência cardíaca).

As principais condições que devem ser diferenciadas do delirium são a demência e a depressão. A seguir apresentamos algumas diferenças entre os 3 distúrbios.

	DELIRIUM	DEMÊNCIA/DEPRESSÃO
Início dos Sintomas	Horas a dias	Meses a anos
Déficit de Atenção	Sempre presente	Ausente nas fases iniciais da demência
Alteração do Nível de Consciência	Frequente	Ausente nas fases iniciais da demência e depressão

Observação
As 3 condições podem coexistir no mesmo paciente. Alteração súbita do estado mental deve levantar a suspeita de delirium mesmo em um idoso com demência ou depressão avançados

Tópico 03 Manejo do Idoso com Delirium

Assim que reconhecido, as causas do delirium devem ser imediatamente investigadas e tratadas. As seguintes medidas devem sempre ser instiuídas:

Reavaliação

Reavaliação dos medicamentos usados;

Retirada de todos os medicamentos desnecessários e redução de dose (se possível) de alguns deles

Anamnese

Anamnese e exame físico minuciosos e solicitação de exames básicos;

Procurar identificar sinais/sintomas que sugiram alguma doença ou condição clínica que pode ter desencadeado o delirium e solicitar os exames apropriados para investigação (hemograma, eletrólitos, glicemia, exames de urina, eletrocardiograma, etc).

Medicamentos

Medicamentos antipsicóticos

O mais usado é o haloperidol, em dose de o,5 a 1 mg por via oral ou intramuscular, reavaliando a cada hora e administrando doses adicionais até o controle do quadro. Calcule a dose total administrada, dando metade da dose por via oral em 2 tomadas. Mantenha por 2 a 3 dias, retirando lentamente. Observe os efeitos colaterais desta medicação, incluindo o prolongamento do intervalo QT. A quetiapina é indicado em pacientes com Doença de Parkinson, Demência com Corpo de Lewy, AIDS. A dose inicial é de 12,5 a 25 mg via oral, por dia ou a cada 12horas. Dar metade da dose total por 2 a 3 dias retirando lentamente. Evitar benzodiazepínicos, a não ser que a causa do delirium esteja relacionada à abstinência de álcool. Neste caso usar lorazepan 0,5 a 2 mg reavaliando a cada 1 ou 2 horas.

* Haloperidol ®, Quetiapina ® e Lorazepan ® são medicamentos. Seu uso pode trazer riscos a saúde.
* Não use medicamentos sem prescrição médica.

* **Medidas**

Medidas ambientais e psicossociais

São importantíssimas e devem sempre ser priorizadas. A presença de familiares e amigos interagindo com o idoso auxilia sua recuperação (evitando, porém, a alternância frequente entre os acompanhantes). A colocação de calendário e relógio no quarto e uma janela aberta no ambiente ajudam na orientação no tempo e espaço. Pode-se corrigir os déficits sensoriais com óculos e aparelhos auditivos quando apropriado. Durante internamento, a utilização de dispositivos invasivos e outros utensílios de uso médico-hospitalar (como aparelhos de monitorização cardíaca e pressórica contínuas, acessos venosos, cateteres urinários e outros) diminuem a capacidade de mobilização do idoso, além de aumentarem o risco de infecção, devendo sempre ser dispensados se não forem imprescindíveis. A restrição ao leito deve ser minimizada e as abordagens da Psicologia e Terapia Ocupacional geram grande impacto nesses pacientes.

*Atenção: a prescrição medicamentosa é prerrogativa do médico.

Tópico 04 Concluindo

Nesta unidade, vimos que o Delirium é uma emergência geriátrica e, ao mesmo tempo, um distúrbio psiquiátrico comum em pacientes idosos.

Na Atenção Básica, raramente é diagnosticado e/ou tratado, e na maioria dos casos é confundido com outras síndromes, como por exemplo a depressão, parte do processo fisiológico do envelhecimento e principalmente a demência.

Além disso, abordamos alguns medicamentos que podem causar ou agravar os sintomas do Delirium e que para trata-los, basta fazer uma reavaliação dos medicamentos usados, realizar uma anamnese com o paciente conciliando com seu exame físico e o resultado de exames básicos.

Agora, chegou a vez de você testar seus conhecimentos efetuando os exercícios a seguir. Boa Sorte!

01 Sobre o delirium, assinale a alternativa correta.

a) O delirium normalmente se apresenta associado a uma doença crônica, por isso apresenta difícil diagnóstico.
b) Apresenta baixa prevalênica entre os idosos internados em enfermarias e UTIs, sendo por isso subdiagnosticado.
c) Os sintomas apresentados pelo paciente têm inicio agudo e caráter constante, estando associado a alguns relatos de piora no período noturno.
d) Delirium não é considerado uma urgência médica, sendo idealmente conduzido a nível ambulatorial.
e) O quadro mais comumente encontrado é de um idoso desorientado, com pensamento vago e incoerente, falta de memória e ilusões ou alucinações.

02. Com relação ao manejo no paciente idoso com delirium, assinale a alternativa correta.

a) Não há necessidade de intervenção imediata no delirium.
b) Devem-se reavaliar os medicamentos usados pelo paciente, apesar da polifarmácia não ser uma condição comum no idoso.
c) O medicamento de escolha durante a crise deve ser o haloperidol.
d) Não há necessidade de uma avaliação mais rigorosa do paciente, devendo-se manter o foco no tratamento da crise.
e) Restrição ao leito é uma intervenção que deve ser adotada com frequência.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

FABBRI, R. M. A. Delirium. In: Freitas, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 256-63.

RUDOLPH, J. L.; MARCANTONIO, E. R. Delirium. In: DUTHIE Jr, E. H. et al. **Practice of Geriatrics**. 4.ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2007.

REUBEN, D. B. Delirium. In: _____. **Geriatric at your fingertips**, 2013, 15. ed. New York: The American Geriatric Society, 2013.