

# **DELIRIUM**

**Antônio Lima Jr – CRM 2578**

**EMC – CREMESE 2017**

**26/08/2017**

# INTRODUÇÃO

- O nome deriva do latim delirare que significa estar fora de lugar;
- Também chamado de Síndrome cérebro-orgânica ou Estado Confusional Agudo;
- Sua primeira descrição foi feita por Hipócrates 500 a. C. que a denominava “frenite”, como sendo uma série de alterações comportamentais e cognitivas devidas às febres ou aos traumas cranianos;
- No final do séc XVIII, o médico James Simms publica um artigo diferenciando o delirium da loucura, mas só no séc XX com os trabalhos de Romano e Engel é que se chegou à definição de transtorno do nível de consciência que dependia da quebra da homeostase cerebral.



# DEFINIÇÃO

- É uma alteração cognitiva de início agudo e curso flutuante, com alterações de consciência, memória, atenção, orientação e sensopercepção;
- Pode ocorrer nas formas hiperativas, hipoativas ou mistas;
- É considerada uma Emergência Médica e está relacionada com aumento de morbi-mortalidade, internações mais prolongadas e institucionalização;
- Acomete, sobretudo, pacientes com maior fragilidade, elevando-se seu risco com o aumento da idade, déficit cognitivo, gravidade de doença, comorbidades e polifarmácia.



# ETIOPATOGENIA

- Hiperatividade dopaminérgica
  - Sintomas psicóticos;
  - Boa resposta aos antagonistas dopaminérgicos
- Déficit Colinérgico
  - Drogas anticolinérgicas precipitam e mantêm o delirium



# EPIDEMIOLOGIA

- É mais frequente nas unidades de Emergência, nas de cuidados intensivos (UTI, UCO, Queimados, etc) e nas salas de recuperação pós-operatório;
- Na admissão, as taxas variam de 14 a 24%, e com o progredir da internação podem chegar a 56%
  - Pós-operatório: 15-53%
  - Pós-trauma: 10-52%
  - UTI: 70-87%
- A taxa de Mortalidade fica em torno de 22 a 76%, sendo semelhantes às de IAM e Sepsis



# FATORES PREDISPONENTES X PRECIPITANTES

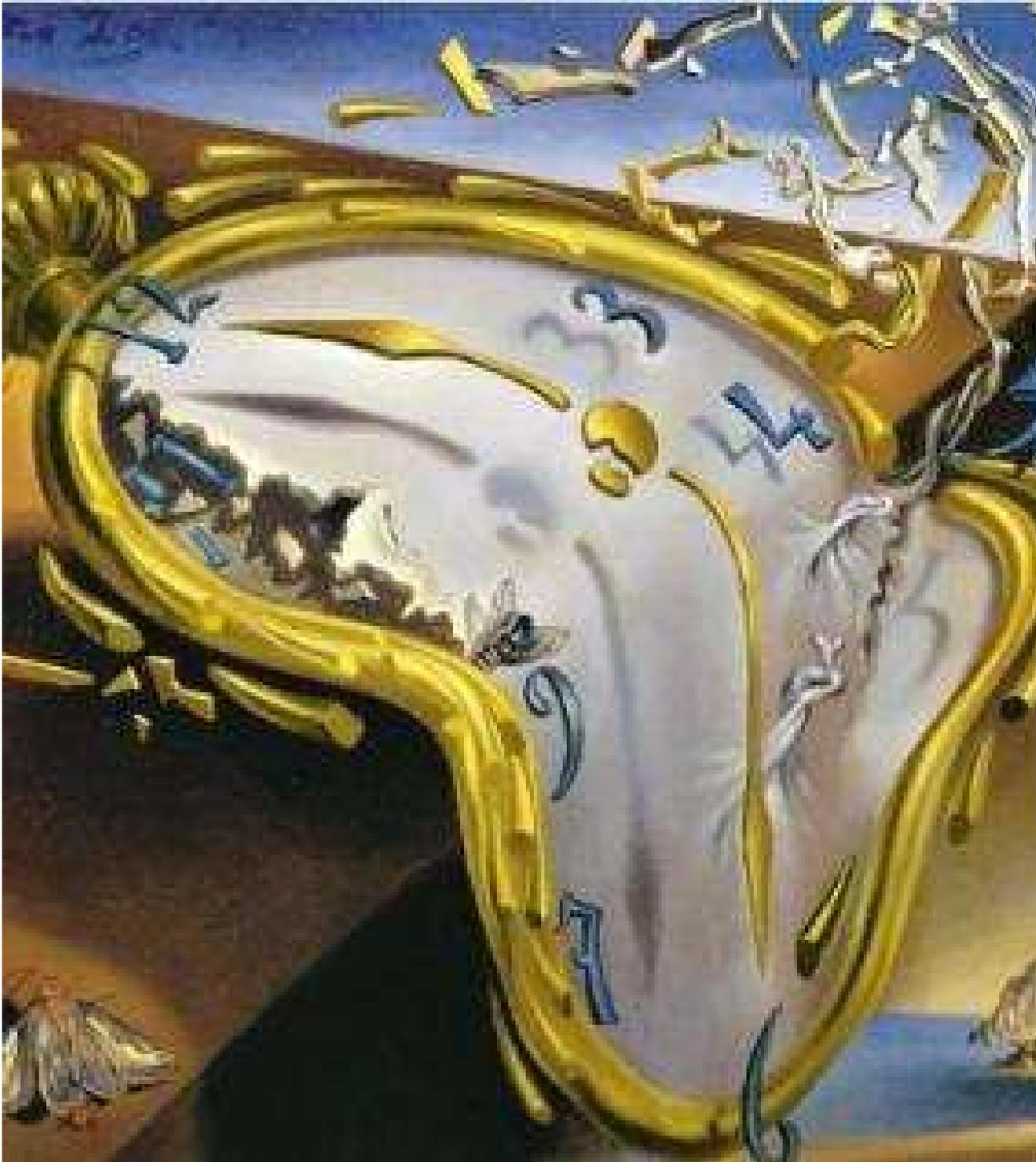
## Predisponentes

- Idade > 65 anos;
- Demência;
- Sexo masculino;
- Cronicidade;
- Polifarmácia;
- Déficit sensorial;
- Abuso de drogas;
- Doença terminal;
- Depressão

## Precipitantes

- Procedimento cirúrgico;
- Imobilização prolongada;
- Sondas;
- Dist. Metabólico e/ou hidroeletrolítico;
- Mudança de ambiente;
- Privação de sono





## DELIRIUM: A ARTE DE SALVADOR DALÍ

A perda de definições de espaço tempo, a presença de zoopsias, confabulações, referências à iminência da morte, alterações de proporções surgem como técnica artística após um período de desconfortante privação do sono: uma aula de psicopatologia



# QUADRO CLÍNICO

- Flutuação do nível de consciência e prejuízo na atenção de início súbito;
- Cognição prejudicada e humor variável;
- Piora ao longo do dia (fenômeno do por-do-sol);
- Podem acontecer períodos de lucidez;
- Pensamento desorganizado (ideação deliróide);
- Alterações sensoperceptivas (ilusões, alucinações visuais);
- Alterações da psicomotricidade (agitação, agressividade – tipo hiperativo; letargia, estupor – tipo hipoativo)



# COMORBIDADES MAIS FREQUENTES

- TCE;
- AVC;
- Convulsões;
- Neoplasias;
- IRC;
- Hepatopatias;
- Diabetes;
- IAM;
- ICC;
- Anemias graves;
- Hipóxia;
- Intoxicação/Abstinência de drogas;
- Infecções;
- Doenças auto-imunes;
- Politraumas;
- Desidratação;
- Obstrução intestinal;
- HDA ou HDB;
- etc



# SUBSTÂNCIAS INDUTORAS DE DELIRIUM

- Anticolinérgicos:
  - Atropina;
  - Anti-histamínicos;
  - Hioscina;
  - Difenidramina
- Corticóides;
- Analgésicos:
  - Opiáceos;
  - AINES
- Antidepressivos, Lítio
- Agonistas dopaminérgicos
- Bloqueadores de H2, Metoclopramida, Loperamida
- Benzodiazepinas
- Antiarrítmicos/Anti-hipertensivos
- Antibióticos:
  - Quinolonas: Cipro, Levo e Norfloxaxina;
  - Macrolídeos: Eri, Azi e Claritromicina;
  - Aminoglicosídeos: Genta, Neomicina
  - Cefalosporinas: Cefepima, Ceftriaxone, Cefalotina
  - Aciclovir
  - Anfotericina B
  - Sulfas
- Anticonvulsivantes
  - Valproato, Carbamazepina, fenitoína
- Etc





## **DELIRIUM: INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA**

Os quadros de delirium podem causar grande impacto no prognóstico do paciente, na repercussão sobre familiares e acompanhantes e mesmo desestabilizar a equipe. Daí a necessidade de Interconsulta com a psiquiatria



# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Table 2	Differential diagnosis of delirium			
	Delirium	Dementia	Depression	Psychotic illness
Onset	Acute	Gradual	Variable	Variable
Course	Fluctuating	Progressive	Recurrent	Chronic
Consciousness	Altered	Normal	Normal	Normal
Attention	Impaired	Normal until late	May be impaired	May be impaired
Orientation	Fluctuating	Impaired	Normal	Normal
Hallucinations	Common	Rare until late	Rare	Common
Duration	Hours - months	Months - years	Weeks - months	Months - years



# MANEJO

- Reversão da causa base;
- Suporte básico de vida;
  - Hidratação, oxigenação, sais, excretas, aporte calórico
- Controle Ambiental
  - Iluminação e sonorização suaves, zeitgebers
- Contenção mecânica enquanto necessário;
- Contenção Química
  - Haloperidol
  - Diazepam (usado sempre em associação com o Haldol, quando em casos de convulsões e/ou abstinência de SPA)





## DELIRIUM: MAIS COMUM DO QUE SE IMAGINA



©2012 Multimedia Scriptorium, UHealth

## CASO CLÍNICO

- Um médico plantonista é chamado à Enfermaria para atender um homem de 64 anos que apresentou agitação súbita, gritando que haveria animais no seu quarto. Ele fora submetido a um enxerto de artéria coronária três dias antes, não tinha doença psiquiátrica prévia, e vinha se recuperando bem. Ele está contido no leito pela enfermagem e diz que o estão machucando e que querem matá-lo. Não reconhecia o quarto do Hospital e dizia estar na delegacia, vários meses antes da data real. A enfermeira conta que ele passou o dia sonolento, mas calmo. Em uso de várias medicações e soro.



# DISCUSSÃO

- Flutuação da consciência
- Alterações comportamentais (agitação/pensamento)
- Sem história prévia de doença mental
- Antecedentes de intervenção clínica ou cirúrgica recente
- Polifarmácia
- Diagnóstico: psicose aguda de etiologia orgânica (excluir Demência, Esquizofrenia, Bipolaridade, Drogadição)
- Conduta: corrigir disfunções e usar Haldol IM





**OBRIGADO!**



88075311



@AntonioLimaJr



[aslj@bol.com.br](mailto:aslj@bol.com.br)



Antonio Lima Jr