



Delirium

Resumo de diretriz NHG M77 (abril 2014)

Eizenga WH, Dautzenberg PLJ, Eekhof JAH, Scholtes ABJ, Van Venrooij MH, Verduijn MM, Wiersma Tj, Burgers JS, Van der Weele GM

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014
autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



Conteúdo

- Definições
- Diagnóstico
 - Anamnese e hetero-anamnese
 - Exame físico
 - Exames complementares
 - Avaliação
- Conduta
 - Tratamento de fatores causais
 - Organização de cuidados adequados e segurança
 - Medicação
 - Pontos de atenção específicos em delirium na fase paliativa
- Acompanhamento e encaminhamento
 - Acompanhamento
 - Consulta e encaminhamento
 - Orientação no pós-alta hospitalar em sintomas de delirium persistentes
 - Cuidados após a recuperação e prevenção de recorrência

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

A Diretriz-NHG *Delirium* fornece diretrizes para o diagnóstico e tratamento do delirium em idosos e na fase paliativa. Delirium podem apresentar-se com: inquietação, agitação, inquietação mental, (forma hiperativa); diminuição da expressão física, diminuição da *Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.*

atenção/interação com o ambiente, a apatia (forma hipoativa); hiper- e hipoativo alternadamente (forma mista).

Definições

O *delirium* é caracterizado por:

- alteração na atenção e estado de consciência;
- início agudo (em horas ou dias) e flutuação na gravidade dos sintomas durante o dia;
- mudança na cognição ou transtornos na percepção (alucinações); por vezes, delírios (paranóicos).

É causado por uma ou mais doenças físicas, intoxicações de medicamentos ou na abstinência de medicação ou álcool.

Diagnóstico

- Aproxime-se do paciente de forma calma e empática; se apresentar e explicar o que está fazendo; utilizar frases curtas e claras; para evitar a ansiedade perguntar (abertamente) a razão para o medo.
- Utilizando perguntas curtas e fechadas¹ ao informar-se sobre sintomas físicos.
- Coletar dados adicionais (como flutuações dos sintomas ao longo do dia) através de pessoas próximas ao paciente.

Anamnese e hetero-anamnese

Fazer as seguintes perguntas para estabelecer o diagnóstico:

- natureza dos sintomas: veja as características de delirium em *Definições*;
- início e evolução, a flutuação dos sintomas ao longo do dia (presença e gravidade).

Para detectar as causas subjacentes, perguntar:

- sintomas de infecção (febre, tosse, dispnéia, disfunção/queixas miccionais);
- doenças pré-existentes neurológicas, cardíacas, respiratórias, metabólicas, endócrinas;
- ingestão insuficiente e alimentos de líquidos;
- medicação e auto-medicação: tipo e dosagem, mudanças recentes (início, alteração de dose, descontinuação de medicação) aderência a tratamentos; avaliar a medicação, se necessário, em consulta com o farmacologista²;
- abstinência a álcool, nicotina ou cannabis;

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- dor, retenção urinária, constipação, trauma recente, procedimento médico, anestesia, imobilidade;
- deficiência visual e auditiva;
- privação do sono.

Exame físico

Realizar exame físico completo, com foco na detecção de causas subjacentes:

- impressão geral, sinais de hipoxia, hidratação;
- temperatura corporal, pressão arterial, frequência cardíaca, ausculta de coração e pulmonar;
- exame abdominal (estar atento a uma retenção de urina; cateterismo de bexiga se necessário);
- déficit neurológico;
- evidências de ferimentos externos, fraturas e causas de dor.

Exames complementares

Examine diretamente: glicemia, teste de nitrito (urina), saturação de oxigênio (em dispnéia).

Estender exames, se não houver explicação (suficiente) para delirium:

- VHS ou PCR, Hb, hematócrito, leucócitos, TSH;
- creatinina (TGFe), sódio, potássio, cálcio (no caso dos pacientes acamados e metástases ósseas);
- ALT, γ -GT (suspeita de consumo excessivo de álcool);
- dipslide ou sedimento urinário;
- sob indicação: investigação adicional.

A extensão das investigações depende, em grande parte, do funcionamento pré-mórbido e a expectativa de vida do paciente.

Avaliação

Estabelecer o diagnóstico *delirium* na presença das três características listadas em *Definições*.

Evidências de que a condição é causada por um ou mais distúrbios físicos, intoxicação ou abstinência a medicações ou álcool, apóiam o diagnóstico.

Diagnóstico diferencial: especialmente depressão, psicose e problemas comportamentais na demência.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Conduta (ver também fluxograma)

Tratamento de fatores causais

- Limitar medicamentos ao mínimo necessário e evitar combinações de drogas de um mesmo grupo.
- Para o tratamento de causas somáticas ver Diretriz-NHG da doença em questão.

Organização de cuidados adequados e segurança

- Definir um dos profissionais envolvidos como coordenador e pessoa de contato.
- Tome nota de acertos estabelecido em prontuário médico acessível a todos os profissionais.
- Se necessário, consulte um especialista na área de cuidados a idosos ou paliativos.
- Sustentar o aconselhamento com material escrito³.

Medicação

- Considerar tratamento sintomático apenas em grave agitação motora, ansiedade e/ou alucinações.
- 1ª opção haloperidol (até 1 semana) na menor dose eficaz; somente em agitação persistente combinar com lorazepam (ver fluxograma).
- Na doença de Parkinson, demência com corpúsculos de Lewy: não prescrever haloperidol; consultar um especialista;
- No caso de delirium tremens: lorazepam 1 a 2 mg por 2 horas, por via oral ou parenteral, a curto prazo, acompanhado da suplementação de vitamina B₁.

Pontos de atenção específicos em delirium na fase paliativa

- Em delírio após o aumento da dose de morfina: redução da dose ou a rotação de opiáceo (fentanil <-> morfina).
- Em delirium tremens: reintroduzir agente extraído, como benzodiazepínicos, adesivo de nicotina.
- Se necessário, aumentar a dose de haloperidol até 20 mg/24 horas, sem limitação no período de uso; opcionalmente em combinação com o lorazepam 1 a 2 mg, se necessário, a cada 6 horas; em dificuldade de deglutição, parenteral ou sublingual.
- Consultar se necessário, um consultor de cuidados paliativos e considerar internação em um hospício⁴.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Acompanhamento e encaminhamento

Acompanhamento

- Verifique nos primeiros dias diariamente: curso dos sintomas de delirium; curso da doença subjacente; complicações (desnutrição, desidratação, quedas, retenção urinária, úlceras de pressão, contraturas).
- Avaliar sobrecarga das pessoas que cuidam do paciente (necessidade de) serviço de cuidado/enfermagem domiciliar.
- Rever o tratamento ou realizar exames diagnósticos complementares se não houver melhora no quadro de delirium.
- Estabelecer compromissos claros com os cuidadores do paciente (próxima visita, entrar em contato em piora do estado) e manter o posto de saúde de medicina de família e comunidade informado (*tradutor: para preservar a continuidade da assistência médica em horários não comerciais*)

Consulta e encaminhamento

- Em estrutura insuficiente para exames diagnósticos, tratamento e cuidados ou segurança.
- Em caso de efeito de tratamento insuficiente ou necessitar de tratamento médico após 1 semana.
- Em pacientes com a doença de Parkinson ou demência com corpúsculos de Lewy.

Orientação no pós-alta hospitalar em sintomas de delirium persistentes

Discutir com especialista responsável durante preparação para alta hospitalar (esquema de redução da medicação contra delirium, medidas não-medicamentosas, orientação) e harmonizar com o paciente, cuidadores e serviço de atendimento domiciliar.

Cuidados posteriores e prevenção de recorrência

- Oferecer a possibilidade de uma conversa com paciente e pessoas próximas/cuidadores, com foco em causas, sintomas e emoções evocadas pelo delirium; recomendar o contato imediato na presença de sintomas semelhantes.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- Aspirar a limitação de fatores de risco e estar alerta para a recorrência em um próximo episódio de doença. Fazer anotação clara de episódio de delirium no prontuário médico e mencionar em hospitalizações.

Notas do tradutor

1. Perguntas que normalmente podem ser respondidas com um simples “sim” ou “não”.
2. O farmacologista na Holanda possui um papel central (junto ao médico de família e comunidade) na monitoração do uso de medicamentos. A ‘venda’ de todo medicamento prescrito é registrada sob o nome do paciente. Dessa forma é possível avaliar interações e efeitos adversos da medicação utilizada, mesmo que essa seja prescrita por diversos profissionais e a medicação seja obtida em farmácias diferentes. Vale ressaltar que na Holanda a distinção entre farmácia e drogaria (que vende exclusivamente fármacos sem necessidade de prescrição médica e cosméticos) é bem clara e que toda farmácia possui um farmacologista.
3. É feita referência ao site *thisarts.nl*, site informativo para pacientes, organizado pela NHG, muito utilizado na medicina de família e comunidade).
4. Hospício: instituição de atmosfera caseira, especializada em cuidados de doentes terminais.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.