

Estado Confusional Agudo (Delirium)

Cláudia Weltson Sarno
Rafael Takamitsu Romero

Definição e Epidemiologia

- Alteração aguda do conteúdo da consciência, incluindo atenção, percepção, pensamento, memória, comportamento, emoção e ciclo sono-vigília. Muitas vezes acompanhada de sonolência intercalada com períodos de agitação psicomotora.
- O termo delírium geralmente é utilizado como sinônimo de estado confusional agudo. Uma causa orgânica para os sintomas geralmente pode ser identificada.
- Ocorre em até 50% dos idosos internados em hospital, até 80% dos idosos admitidos na UTI e em 1 a 2% da população geral.
- Se não identificado e tratado adequadamente, o estado confusional agudo pode se cronificar e causar seqüelas permanentes

Fatores Predisponentes



- Idade > 65 anos
- Sexo masculino
- Abuso de álcool ou drogas
- História prévia de delirium ou depressão
- Déficit cognitivo prévio
- Hospitalização (imobilização, privação de sono, não-adaptação ao ambiente hospitalar)
- Fatores psicossociais (depressão, estresse, falta de apoio familiar)

Fatores Desencadeantes (Causas orgânicas)

- **1. Causas Neurológicas:** AVC, traumatismo craniano, tumores do SNC, metástases, hematoma subdural, aneurismas, abscessos cerebrais, hidrocefalia, epilepsias.
- **2. Causas Endócrinas:** Hipo/hipertiroidismo, doença de Addison, síndrome de Cushing.
- **3. Causas Metabólicas:** Hipoglicemia, hiperglicemia, distúrbios hidroeletrólíticos, insuficiência renal e hepática
- **4. Causas Vasculares:** Insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio, encefalopatia hipertensiva, arterites cerebrais, ataques isquêmicos transitórios.
- **5. Causas Infecciosas:** Sífilis, tuberculose, AIDS, toxoplasmose, citomegalovirus, mononucleose, broncopneumonia, endocardites, encefalites, infecções urinárias.
- **6. Causas Auto-imunes:** Lúpus eritematoso, vasculites

- **7. Causas Nutricionais:** Deficiência de vitaminas como tiamina, cianocobalamina, ácido fólico, ácido nicotínico.
- **8. Abstinência:** Álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos, anfetamínicos;
- **9. Intoxicações:** Álcool, cocaína, benzodiazepínicos, corticosteróides, anticolinérgicos, levodopa, metildopa, opiáceos, digoxina, diuréticos, anti-histamínicos, cannabis, estimulantes, solventes, mercúrio, chumbo, magnésio, monóxido de carbono;

- *No exame físico é importante procurar por sinais de disautonomia, desidratação, febre, calafrios, meningismo, mioclonias, déficit neurológico focal e papiledema.

Quadro Clínico

- Comprometimento da consciência, com desorientação espacial e temporal;
- Mudança no ciclo sono-vigília (sonolência diurna e agitação noturna)
- Memória apresenta-se prejudicada no registro de novas informações e para novos aprendizados, assim como no ato de recordar. O paciente não se lembra do seu estado após a melhora do quadro.
- Psicomotricidade apresenta-se alterada, com a presença de hiperatividade ou lentidão psicomotora. Algumas vezes, observa-se movimentos estereotipados ou mutismo.
- Humor encontra-se lábil e oscila com manifestações de ansiedade, irritabilidade e sintomas depressivos.
- O pensamento é lento e incoerente, idéias de referência e delírios persecutórios transitórios pouco estruturados.
- A sensopercepção pode estar comprometida, ocorrendo ilusões, distorções nas interpretações ou alucinações, sendo mais comuns as visuais e auditivas; e menos freqüentes, as tácteis.
- Com frequência são vistos sintomas emocionais intermitentes, incluindo medo, ansiedade, paranóia, irritabilidade, apatia e euforia.

Critérios diagnósticos de delirium de acordo com a CID-10 (F05)

- A. Há obnubilação de consciência, isto é, redução da clareza de percepção do ambiente, com capacidade reduzida de focar, manter a atenção.
- B. A perturbação de cognição é manifestada por ambos:
 - (1) comprometimento das memórias imediata e recente, mas com memória remota relativamente intacta;
 - (2) desorientação temporal, espacial e pessoal.
- C. Pelo menos uma das seguintes perturbações psicomotoras está presente:
 - (1) mudanças rápidas e imprevisíveis de hipo a hiperatividade;
 - (2) tempo de reação aumentado
 - (3) aumento ou diminuição do fluxo da fala;
 - (4) intensificação da reação de susto.
- D. Há perturbação do sono ou do ciclo sono-vigília manifestada por pelo menos um dos seguintes:
 - (1) insônia, a qual pode, em casos graves, envolver perda total do sono, com ou sem sonolência diurna, ou inversão do ciclo sono-vigília;
 - (2) piora noturna dos sintomas;
 - (3) sonhos perturbadores e pesadelos, os quais podem continuar como alucinações ou ilusões após o despertar.
- E. Os sintomas têm início rápido e mostram flutuação ao longo do dia.
- F. Há evidência objetiva a partir da história, exame físico e neurológico e testes laboratoriais de uma doença cerebral ou sistêmica subjacente (outra que não relacionada a substância psicoativa) que possa ser presumida como responsável pelas manifestações clínicas nos critérios A-D.

Investigação



- Hemograma, gasometria arterial, VHS, proteína C reativa, sódio, potássio, cálcio, magnésio, fósforo, glicemia, uréia, creatinina, AST, ALT, coagulograma, TSH e T4 livre, vitamina B12, albumina e amônia sérica.
- Sorologias para sífilis (VDRL) e HIV.
- Dosagem de níveis alcoólicos no sangue, parcial de urina, urocultura e toxicológico
- Rx de tórax para descartar DPOC, pneumonia ou lesão intersticial.
- TC de crânio pode afastar AVC, hematoma subdural, hidrocefalia aguda ou lesões focais
- RM de crânio se disponível e TC normal (particularmente útil em pacientes com encefalite)
- Punção lombar se houver suspeita de meningoencefalite e a TC não mostrar massa ou sinais de hipertensão intracraniana.
- Angiografia cerebral se houver suspeita de vasculite
- EEG

Método de avaliação de confusão (CAM) para detecção de *Delirium*

Critério 1	Início agudo e flutuação no curso *Há evidência de uma alteração aguda do estado mental do paciente em relação ao estado de base? O comportamento alterado flutua ao longo do dia ou a gravidade aumenta e diminui? () SIM () NÃO
Critério 2	Desatenção *O paciente teve dificuldade em focalizar sua atenção, por exemplo, distraiu-se facilmente ou teve dificuldade em acompanhar o que estava sendo dito? () SIM () NÃO *Se presente ou anormal, este comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade? () SIM () NÃO
Critério 3	Pensamento desorganizado *O pensamento do paciente estava desorganizado ou incoerente, por exemplo, discurso sem sentido, conversação irrelevante, fluxo vago ou ilógico de idéias, mudanças imprevistas de assunto? () SIM () NÃO
Critério 4	Alteração do nível de consciência *Qual é o nível de consciência do paciente? () Alerta/normal () Anormal () Hiperalerta (hiperativo) () Letárgico (sonolento, porém fácil de acordar) () Esturpor (difícil de acordar) () Coma
Outros achados	Desorientação, Distúrbio (prejuízo de memória), Distúrbios de percepção, Agitação/Retardo psicomotor, Alteração do ciclo sono-vigília

Delirium é diagnosticado pela presença de: critérios 1 -2 -3 ou 1- 2 -4

Tratamento

- Inicia-se com a identificação do agente etiológico e conseqüente correção da alteração sistêmica de base. Alguns procedimentos são necessários para atenuar o rebaixamento da consciência e criar condições de segurança até que a patologia somática seja estabilizada
- TRATAMENTO FARMACOLÓGICO
 1. A utilização de sedativos deve ocorrer somente na presença de agitação psicomotora, agressividade ou intensa ansiedade;
 2. deve-se evitar as medicações que prejudiquem o rebaixamento de consciência.
- **Neurolépticos:** Haloperidol em baixas doses (possui baixos efeitos anticolinérgicos - pequena probabilidade de causar sedação/hipotensão).

Adultos: 1-2 mg a cada 2 - 4h. Idosos: 0.25 - 0.5mg a cada 4h.
- **Benzodiazepínicos:** seu uso geralmente é reservado aos quadros de abstinência de álcool ou de benzodiazepínicos.

Lorazepam 3 – 6 mg/dia

Referências

- PITTA, José Cássio do Nascimento. Diagnóstico e conduta dos estados confusionais. Psiquiatria na prática médica UNIFESP/EPM [online]. Disponível em <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu2_07.htm >
- ⑩ Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID-10: referência rápida. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- SUARÈZ, Maria Amparo Palma; RODRÌGUEZ, Andrés Jesús Belmonte; LEAL, Francisco José Ortiz; GALIANA, Andres Buform e RANDO, Maria Gonzalez. Síndrome Confusional Agudo. [online] Disponível em <<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/confuag.pdf>>