



Rita PRAYCE^{✉1}, Filipa QUARESMA¹, Isabel Galriça NETO²
Acta Med Port 2018 Jan;31(1):51-58 • <https://doi.org/10.20344/amp.9670>

RESUMO

Introdução: O *delirium* é uma síndrome neuropsiquiátrica transitória e flutuante com início súbito frequente nos doentes internados, em particular na população geriátrica e paliativa.

Material e Métodos: Através de uma breve revisão da literatura, os autores propuseram-se a sistematizar a definição, fisiopatologia e etiologia do *delirium*, principais ferramentas para o seu diagnóstico, prevenção e tratamento, bem como o seu impacto socio-económico.

Resultados e Discussão: O *delirium* é uma entidade pouco reconhecida pelos profissionais de saúde, que se associa a maior morbi-mortalidade e custos, interfere com a avaliação e abordagem da dor e de outros sintomas e acarreta elevado distress nos doentes, famílias e profissionais de saúde. O melhor tratamento do *delirium* é a prevenção, que se baseia em intervenções multidisciplinares sob os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento. A evidência científica para o tratamento do *delirium* existe, mas é escassa, sendo a terapêutica preferencial a não farmacológica, com implementação de estratégias ambientais, comportamentais e sociais. O tratamento farmacológico é de segunda linha e deverá ser instituído de forma a prevenir que o doente se coloque em risco, nomeadamente através do uso de antipsicóticos.

Conclusão: O reconhecimento e prevenção do *delirium* são essenciais, pelo que é fundamental a educação e formação dos profissionais de saúde, bem como o acompanhamento e apoio aos familiares. É por todo o impacto que tem nos serviços de saúde, nos profissionais e, sobretudo, nos doentes e seus familiares, que sugerimos maior atenção ao *delirium* e, porque não, passar a considerá-lo como o 7º sinal vital.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Custo da Doença; Delírio/diagnóstico; Delírio/economia; Delírio/etiologia; Delírio/prevenção e controlo; Delírio/tratamento

ABSTRACT

Introduction: Delirium is an acute, transient and fluctuating neuropsychiatric syndrome that is common in medical wards, particularly in the geriatric and palliative care population.

Material and Methods: We present a brief literature review of the definition, pathophysiology, aetiology, diagnosis, prevention and treatment of delirium and its social and economic impact.

Results and Discussion: Delirium is under-recognized, especially by health professionals, and is associated with higher morbidity, mortality and economic burden. Moreover, the presence of delirium interferes with the evaluation and approach to other symptoms. Furthermore, it causes significant distress in patient's families and health professionals. The best treatment for delirium is prevention which is based on multidisciplinary interventions that addresses the main risk factors. The scientific evidence for the treatment of delirium is scarce. Non-pharmacological approaches are usually the first choice, and includes environmental, behavioural and social strategies. Pharmacological options, mainly antipsychotics, are a second-line treatment used essentially to prevent self harm.

Conclusion: The recognition and prevention of delirium are crucial. Health professional education and training, patient clinical monitoring and families support are mandatory. Considering the impact of delirium on patients, relatives, health services and professionals we must be more aware of delirium and, why not, make it the 7th vital sign.

Keywords: Cost of Illness; Delirium/diagnosis; Delirium/drug therapy; Delirium/economics; Delirium/etiology; Delirium/prevention & control; Palliative Care

INTRODUÇÃO

O *delirium* é uma síndrome neuropsiquiátrica transitória e flutuante, com início súbito, que se caracteriza por declínio cognitivo global do nível de consciência e da atenção, atividade psicomotora aumentada ou diminuída, e alteração do ciclo sono-vigília.¹ O seu reconhecimento e prevenção são essenciais, pois aumenta a morbi-mortalidade, interfere com a avaliação e abordagem da dor e de outros sintomas, tem impacto negativo nos doentes, nas famílias e profissionais de saúde^{2,3} e aumenta os custos de internamento.⁴ É uma entidade muito frequente em doentes médicos e cirúrgicos e, em particular, na população geriátrica e

paliativa.^{2,5,6}

A evidência científica para o tratamento do *delirium* existe mas é escassa; contudo, está provado que a sua identificação e prevenção são fundamentais para reduzir a sua incidência, duração e morbi-mortalidade.⁷ A prevenção do *delirium* baseia-se em intervenções multidisciplinares que abordam os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento.⁸ A terapêutica preferencial no *delirium* é a não farmacológica, sendo a terapêutica farmacológica de segunda linha, nomeadamente quando existe comportamento disruptivo.⁹⁻¹⁰

1. Unidade Funcional Medicina 1.2. Centro Hospitalar de Lisboa Central. Lisboa. Portugal.

2. Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos. Hospital da Luz. Lisboa. Portugal.

✉ Autor correspondente: Rita Prayce. rprayce@gmail.com

Recebido: 12 de setembro de 2017 - Aceite: 24 de novembro de 2017 | Copyright © Ordem dos Médicos 2018



MATERIAL E MÉTODOS

Os autores procederam a uma breve revisão das principais *guidelines* internacionais publicadas até 2016, baseada na pesquisa das seguintes palavras-chave no PubMed: 'delirium', 'elderly', 'idoso', 'paliativo', 'palliative', 'terminal', 'end of life', 'Portugal', 'portuguese', 'costs', 'custos' e 'burden'. Fez-se ainda uma pesquisa nos repositórios de teses de mestrado (repositório científico de acesso aberto de Portugal, repositório institucional da Universidade Católica Portuguesa, da Universidade de Lisboa, Universidade do Porto e Universidade de Coimbra) com a palavra 'delirium' para identificar os trabalhos realizados em Portugal nesta área. Apresenta-se seguidamente uma sistematização dos conteúdos obtidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Definição e características gerais

O *delirium* foi inicialmente descrito pela American Psychiatric Association em 1980 como uma categoria diagnóstica, tendo a sua definição evoluído ao longo do tempo. Os termos 'síndrome confusional aguda' ou 'síndrome cerebral aguda' têm sido utilizados na prática clínica e literatura como sinónimos.¹¹

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5 (DSM-5)*¹² é definido como:

- Alteração da consciência com diminuição da capacidade de manter, alterar ou focar a atenção;
- Alteração da cognição (memória, orientação, linguagem) ou o desenvolvimento de alteração da percepção que não pode ser explicada por quadro demencial estabelecido, pré-existente ou em evolução;
- As alterações descritas desenvolvem-se num curto período de tempo, geralmente horas a dias, e tendem a flutuar ao longo do dia.

O ICD-10 (*International Classification of Diseases - 10*) inclui critérios adicionais, incluindo alterações da (a) função psicomotora, como hiperatividade, hipoatividade ou mista; (b) do ciclo sono-vigília, como insónia ou inversão; (c) do estado emocional, como a depressão, irritabilidade, euforia, ansiedade ou medo. O DSM-5 é mais utilizado em contexto clínico e o ICD-10 para codificação, não existindo trabalhos comparativos de ambos.¹³

O *delirium* representa um declínio súbito e significativo de um nível prévio de funcionamento que não pode ser explicado por demência pré-existente ou em progressão.² Do ponto de vista de codificação e de acordo com a etiologia, pode ser subdividido em (a) devido a uma condição médica, (b) induzida por substância(s), (c) devido a múltiplas patologias e (d) sem outra especificação.⁵

Alguns doentes apresentam sintomas prodrómicos ('*delirium* subclínico') como inquietude, ansiedade, irritabilidade ou perturbação do sono, um a três dias antes da expressão plena do *delirium*. O quadro poderá manter-se entre dias (menos de uma semana) a dois meses, mas tipicamente resolve em 10 - 12 dias, com 15% dos casos a persistir até aos 30 dias.¹² Pode considerar-se um sinal de mau prognóstico (estudos em doentes neoplásicos) e pode progredir

para estupor, coma, convulsões ou morte, particularmente se não for tratado.¹² Os doentes idosos têm maior probabilidade de apresentar cursos prolongados,¹² e a recuperação total é menos provável, estimando-se que 60% a 96% têm alta sem resolução sintomática^{12,14} e é comum persistirem *deficits* cognitivos – muito embora estes possam ser explicados por quadro demencial não previamente reconhecido.⁵

Existem três subtipos de *delirium*, descritos em termo da atividade psicomotora e nível de vigília²:

1. Hiperativo – doentes agitados, hiperalerta; maior risco de quedas²;
2. Hipoativo – doentes letárgicos, hipoalerta; maior risco de infeções e úlceras de pressão²;
3. Misto – características flutuantes entre os dois anteriores.

Um estudo revelou que doentes com idade superior a 65 anos e do foro paliativo apresentam mais frequentemente *delirium* hipoativo,⁶ sendo paradoxalmente este o subtipo menos detectado,^{2,11} dado o quadro menos florido e desconhecimento da patologia por parte de muitos profissionais.

Fisiopatologia

Os sintomas do *delirium* surgem da expressão de anomalias de diversas vias neurológicas e sistemas de neurotransmissão, em diferentes áreas do cérebro,^{2,15} não existindo provavelmente uma via única comum.¹⁵ Existem múltiplas teorias, destacando-se: (a) a diminuição do metabolismo oxidativo com impacto nos sistemas de neurotransmissão; (b) o efeito direto de neurotransmissores, como a atividade reduzida da acetilcolina e aumentada da dopamina; (c) o aumento de citocinas inflamatórias; (d) as alterações da barreira hemato-encefálica em situações de *stress*; (e) a ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal com alteração da síntese de neurotransmissores; (f) a alteração da transdução interneuronal que afeta a síntese e libertação de neurotransmissores.²

Atualmente, a teoria mais aceite é a da diminuição da atividade colinérgica acompanhada de aumento dopaminérgico, em parte corroborada pela inatenção causada por medicação anticolinérgica, um dos sintomas cardinais do *delirium*.²

Etiologia

A etiologia é complexa e frequentemente multifactorial,¹¹ dependendo da interação entre características do doente (ex. género, idade), da situação clínica (ex. infeção urinária, enfarte agudo do miocárdio) e das características do meio (ex. algaliação, realização de manobras invasivas, internamento em cuidados intensivos). Foram identificadas múltiplas causas (Tabela 1) e a identificação do fator precipitante poderá ser pertinente, dado que em cerca de 50% dos casos o *delirium* é potencialmente reversível.⁶ A intensidade da investigação etiológica do *delirium* deve ser ajustada ao prognóstico do doente e objetivos dos cuidados.¹³ Num pequeno número de situações não é possível

Tabela 1 – Fatores de risco para a ocorrência de *delirium*

Fatores de risco para ocorrência de <i>delirium</i>	
Metabólico	Medicação
Hiper- e Hiponatremia	Opióides
Hipercalecemia	Benzodiazepinas
Desidratação	Corticosteroides
Hipo- e Hiperglicemia	Anticolinérgicos
Insuficiência renal	Doença cardiopulmonar
Insuficiência hepática	Enfarte agudo do miocárdio
Anemia	Insuficiência cardíaca congestiva
Hipoxia	Arritmias
Deficit de tiamina	Choque
Endocrinopatia	Insuficiência respiratória
Desequilíbrio ácido-base	Doença sistémica
Sistema nervoso central	Abstinência (ex. álcool, benzodiazepinas)
Neoplasia primária	Infeção
Metastização	Neoplasia
Doença leptomeníngea	Trauma grave
Estado de mal não convulsivo	Privação sensorial
Convulsões e estado pós-ictal	Desregulação térmica
Trauma	Pós-operatório / pós-procedimento
Doença vascular	Imobilização
Doença degenerativa	Coagulação disseminada intravascular

determinar a etiologia precisa.¹¹ Pode ser difícil distinguir *delirium* de demência, sendo recomendado nas situações de dúvida clínica abordar-se inicialmente o *delirium*.⁶ Reconhecem-se com alto nível de evidência os seguintes fatores de risco¹¹ (a) a existência de perturbação cognitiva prévia, como demência; (b) depressão; (c) alteração da concentração sérica de sódio; (d) diminuição da acuidade visual; (5) idade igual ou superior a 70 anos.

O *delirium* é frequentemente iatrogénico, sendo o uso incorreto da medicação a etiologia mais comum,¹⁶ e os principais responsáveis são as benzodiazepinas, os opióides, os anticolinérgicos e os corticoides. No entanto, este facto não pode obviar a boa utilização destes fármacos de acordo com a *legis artis* para garantir o conforto e rigoroso controlo sintomático que é prioritário nesta população.

Epidemiologia

Desconhece-se a prevalência de *delirium* em Portugal, postulando-se que se assemelhe à dos parceiros europeus, sendo do foro da especulação qual o real valor e aguardando-se a realização de estudos.

A prevalência na população de adultos com idade superior a 18 anos é de 0,4% e de 1,1% com idade igual ou superior a 55 anos.⁵ Faz-se o diagnóstico no serviço de urgência a 5% - 20%⁵ dos doentes, à admissão em cuidados intensivos a 83% - 87%,² à admissão numa enfermaria médica a 15% - 20% e às 72 horas em 18% - 40%.^{5,11}

Em unidade de cuidados paliativos, a incidência varia entre os 28% - 88%, com valor mais elevado em doentes

nas últimas semanas de vida.² Em Portugal, vários estudos corroboram os dados internacionais. Um estudo avaliou a prevalência de *delirium* numa unidade de cuidados intermédios de um serviço de urgência identificando o mesmo em 20,1% da população.¹⁷ Uma tese de mestrado identificou numa população de doentes seguidos na consulta de suporte intra-hospitalar e consulta externa de um serviço de cuidados paliativos, uma prevalência de 41,2% de *delirium*.¹⁸ Numa unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC) constatou-se num período de cinco anos o diagnóstico de *delirium* em 10,2% dos doentes admitidos.¹⁹ Num outro estudo realizado numa enfermaria de medicina interna no período de um ano, constatou-se nos últimos 20 dias de internamento a prevalência de 2,5% de *delirium* nos doentes que morreram.²⁰ Noutro trabalho realizado numa unidade anestésica pós-operatória, o diagnóstico de *delirium* foi feito em 11,4% dos doentes.²¹

Diagnóstico

O passo inicial no diagnóstico de *delirium* passa primeiramente pela avaliação basal cognitiva do doente. É o declínio cognitivo traduzido pela redução do score que deverá sinalizar o profissional para a realização de um rastreio de *delirium* com instrumentos diagnósticos. Se existir suspeita clínica elevada, poder-se-á aplicar o instrumento diagnóstico de *delirium* numa avaliação inicial (Fig. 1).

Existem múltiplos instrumentos disponíveis para a avaliação cognitiva e diagnóstico de *delirium* (Tabela 2).

A aplicação da escala de rastreio de *delirium* deverá ser

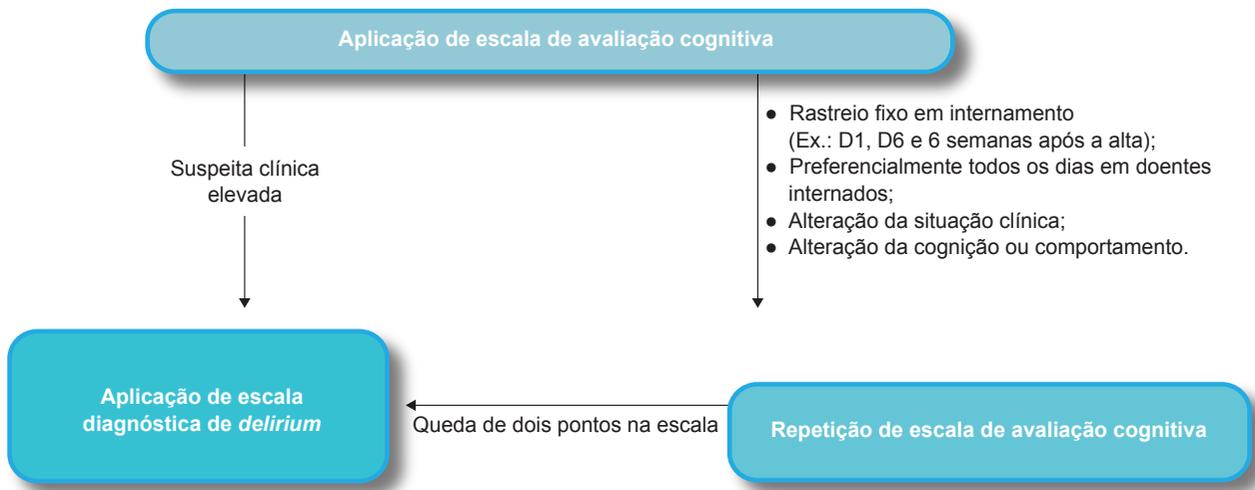


Figura 1 – Algoritmo para o diagnóstico de delirium

seguida da aplicação dos critérios DSM-5, considerado o *gold standard* quando aplicado por profissionais com treino (*expert opinion*). A *Confusion Assessment Method* (CAM – validada em português) está validada para a aplicação em populações idosas, em internamento ou ambulatório. A CAM-ICU apenas deverá ser utilizada em unidades de cuidados intensivos. A *Delirium Symptom Interview* (DSI - sem validação em português) deverá ser utilizada em doentes idosos em enfermarias cirúrgicas ou médicas.² O *Mini Mental Status Examination* (MMSE) é um instrumento psicométrico de rastreio cognitivo, frequentemente utilizado na prática clínica como rastreio inicial na suspeita de demência. No que diz respeito ao delirium, esta escala não é recomendada para rastreio ou diagnóstico, mas antes como suplemento para avaliação de sintomas cognitivos.¹³ Não existem instrumentos validados para a utilização em populações residentes em instituições de longa duração ou no domicílio, pela ausência de estudos de investigação robustos.

Tratamento – Não farmacológico

O melhor tratamento do delirium é a prevenção, conse-

guido através da instituição de medidas não farmacológicas, contudo estas poderão não ser suficientes para obter um rigoroso controlo sintomático. Entre as principais abordagens não farmacológicas destacam-se a reorientação temporo-espacial do doente; garantir um espaço calmo e bem iluminado, de acordo com a fase do dia para normalizar o ciclo sono-vigília, e que disponha de ajudas visuais que auxiliem a orientação como: relógio, calendário ou placas indicativas da divisão, e que poderá ainda ser complementado com elementos pessoais e familiares ao doente.²² A estimulação visual, auditiva e tátil potencia as funções cognitivas e o processo de perceção do meio envolvente, contribuindo para a melhoria do comportamento e orientação do doente.²³ Devem ainda ser asseguradas uma hidratação e alimentação adequadas, otimizar as medidas de prevenção de úlceras cutâneas e estimular a mobilização precoce com prevenção adequada de quedas.^{23,24} É preferível a existência de uma equipa de profissionais regular e evitar as mudanças frequentes de enfermaria. Existem recomendações claras da Direção Geral de Saúde para se proceder, excecionalmente e após prescrição médica, à realização de contenção física, que deverá sempre ser

Tabela 2 – Escalas de avaliação e diagnóstico de delirium

Escalas de avaliação cognitiva	Escalas diagnósticas de delirium	Escalas de gravidade de delirium	Escala de etiologia do delirium
Digit Span Test	Confusion Assessment Method (CAM) *	Delirium Rating Scale (DRS)	Delirium etiology checklist
Mini-Mental State Examination (MMSE) *	Delirium Symptom Interview (DSI)	Delirium-o-meter	
Clock drawing test *	Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98) *	Delirium index	
Vigilance "A" Test	Delirium Observation Screening Scale (DOSS)	Confusional state evaluation scale	
MSQ *	Global Attentiveness Rating (GAR)	Delirium assessment scale	
NeeCham Confusion Scale *	Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) *	Delirium severity scale	
	Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC) *		

* Escalas validadas para português

limitada no tempo²⁵, nunca esquecendo que esta não só está associada ao desenvolvimento de *delirium* nos doentes internados, como também à sua persistência.^{16,26-28}

Em caso de comportamentos que coloquem o doente em risco, nomeadamente de queda ou remoção de dispositivos, deverá ser utilizada a terapêutica farmacológica²⁹, ou seja, proceder-se à chamada contenção química, que será a medida de primeira linha nos doentes mais agitados.

Tratamento – Farmacológico

Após identificação e abordagem de eventuais fatores precipitantes (Tabela 1), a terapêutica farmacológica do *delirium* hiperativo é indicada para prevenir que o doente se coloque em risco ou de forma a obter o controlo sintomático para otimização das medidas não farmacológicas (Tabela 3). O uso adequado de fármacos parece reduzir a incidência, gravidade e duração do *delirium*, contudo a evidência científica ainda é escassa.^{8,30}

Esta abordagem baseia-se na atuação específica de fármacos ao nível dos neurotransmissores propostos como mecanismo fisiopatológico do *delirium*. Está recomendado o uso de fármacos de curta ação e em baixas doses⁹. Podem ser administrados por via oral, ou endovenosa, mais raramente intramuscular. Em cuidados paliativos também é utilizada a via subcutânea, que apesar de no nosso país não estar aprovada nesta indicação, dispõe larga evidência que suporta a sua utilização *off-label*.³¹ Com o uso de doses mais elevadas os efeitos secundários poderão ultrapassar os benefícios, nomeadamente devendo prestar-se atenção à presença de sonolência, sintomas extrapiramidais e prolongamento do intervalo QT.³²⁻³³

Os fármacos mais frequentemente usados são os neurolépticos, como o haloperidol, com vasta experiência clínica, apesar da escassa evidência científica.^{7,8}

Nos últimos anos, o uso dos antipsicóticos atípicos, como a olanzapina, quetiapina ou risperidona tem vindo a aumentar, dado o seu perfil mais seguro, com menos efeitos secundários, e por serem tão eficazes como o haloperidol.³⁴⁻³⁷ Nos doentes com parkinsonismo estes fármacos também devem ser preferidos ao haloperidol. Um estudo

concluiu que o uso de neurolépticos reduz a incidência de *delirium*, sem alterar a sua gravidade, duração ou complicações associadas e verificou que os antipsicóticos de segunda geração pareciam ser superiores em termos de eficácia ao haloperidol.³⁸

A dexmedetomidina, um agonista $\alpha 2$ -adrenérgico utilizado na sedação em contexto de cuidados intensivos, poderá ser indicado para a prevenção e tratamento do *delirium*, no entanto ainda são necessários mais estudos.³⁹ As benzodiazepinas estão associadas à possibilidade de agravamento da confusão e a maior sedação.⁴⁰ Não há evidência de eficácia na utilização de inibidores da colinesterase, como a rivastigmina ou donepezilo, na prevenção quer no tratamento do *delirium*.⁴¹

No caso do *delirium* hipoativo, a evidência científica para o tratamento sintomático é escassa e este pode causar agravamento ou acelerar o comportamento disruptivo.⁴²⁻⁴³ Alguns trabalhos sugerem que o efeito dos antipsicóticos é idêntico e não dependente do subtipo de *delirium*,⁴⁴ outros referem ainda que o uso de psicoestimulantes, como o metilfenidato, poderá ser benéfico no *delirium* hipoativo.⁴⁵

No contexto do *delirium* refratário, principalmente no doente nas últimas semanas/dias de vida, o controlo sintomático poderá ter de ser alcançado através da sedação.^{43,46-48} Pretende-se aliviar o sofrimento através da redução do nível de consciência, podendo existir diferentes níveis de sedação. A sedação só deve ser praticada por profissionais devidamente qualificados, preferencialmente por uma equipa de Cuidados Paliativos, inclui uma monitorização apertada e a devida reavaliação clínica e das doses em curso.

Este é um tema controverso dado a heterogeneidade das definições e das práticas, por vezes à margem das recomendações, no entanto, perante o sofrimento do doente, e se praticada de acordo com a *legis artis*, esta é considerada uma intervenção eticamente adequada e segura, pois não encurta a vida do doente.⁴⁹⁻⁵¹

A sedação deverá ser titulada de acordo com o controlo sintomático e poderá ser intermitente ou contínua, superficial ou profunda. O fármaco mais usado é o

Tabela 3 – Tratamento farmacológico do *delirium*

Principais fármacos:	Dosagem
Haloperidol	0,25 a 1 mg; 2,5 – 5 mg q4h (oral, IM, EV, SC)
Olanzapina	2,5 mg; máx 10 mg (oral)
Quetiapina	12,5 – 25 mg (oral)
Risperidona	0,25 a 0,5 mg 2 id (oral)
Lorazepam	0,5 a 1 mg (oral)
Se necessário sedação:	
Midazolam	5 – 10 mg, q1h p.r.n.; perf 30 – 120 mg/24h (SC, EV)
Haloperidol	5 – 10 mg, q1h p.r.n.; iniciar 10 mg e perf 10 – 20 mg/24h (SC, EV)
Levomepromazina	12,5 – 25 mg (oral,SC), q1h p.r.n.; perf 50 – 300 mg (EV, SC)
Clorpromazina	10 – 50 mg; máx 200 (oral, IM, EV, SC)
Fenobarbital	Iniciar 100 – 200 mg e q1h p.r.n.; 600 – 1200 mg/24h até 2400 mg/24h (EV,SC)

SC: subcutânea; prn: *pro re nata* (segundo necessidade); perf: perfusão; EV: endovenosa; IM: intramuscular

haloperidol pelo seu rápido início de ação, tempo de semi-vida curta e fácil titulação por estas mesmas características; se a administração em bólus for ineficaz, pode ser necessária a administração sob a forma de perfusão contínua. A clorpromazina, levomepromazina ou o fenobarbital também podem ser utilizados, mas sempre como fármacos de fim de linha, quando não se obteve resposta com os mais habitualmente utilizados (ex. fenobarbital em *delirium* de doentes utilizadores de drogas).^{52,53} O midazolam poderá ser adicionado, no caso de ser necessário um efeito sedativo mais marcado. A morfina nunca deve ser utilizada para sedar um doente, muito menos nas chamadas 'perfusões de conforto', prática incorreta, censurável e que deve ser abandonada.⁵⁴

Se se optar por uma estratégia intermitente deverá ser prescrita terapêutica de resgate com fármacos de ação curta (ex. haloperidol e eventualmente midazolam ou lorazepam) para eventuais crises sintomáticas.⁵⁵⁻⁵⁶

Burden

Para o doente: O *delirium* aumenta a demora de internamento, as suas complicações (quedas, úlceras de pressão, infeções), a mortalidade hospitalar e pós-alta, o declínio cognitivo e funcional (imediate e persistente), a demência, a necessidade de admissão em lar/unidades de longa duração, os custos globais de saúde e sobretudo o *distress* para o próprio, para a família e para os profissionais de saúde.^{6,50} Sabe-se que, após ajustar para a idade, gravidade de doença, demência e *status* funcional, o *delirium* é um determinante importante do prognóstico.^{4,16,57}

A mortalidade hospitalar nos doentes com *delirium* é de 25% - 33%¹⁰ e este diagnóstico associa-se a menor sobrevivência no hospital,² mas também nos 12 meses após a alta hospitalar, sendo um fator independente de aumento de mortalidade nesse período.⁴ O *delirium* pode ter um impacto prolongado no tempo, com sintomas a persistir até seis meses após o diagnóstico, facto de particular relevância em populações paliativas cuja esperança de vida pode ser mais curta que o tempo de recuperação.²

Para a família e profissionais de saúde: O *delirium* aumenta o *distress* da família e cuidadores, despoletando níveis moderados a intensos deste sentimento⁷ - pelo menos metade das famílias sentem *distress* considerável.⁵⁸ Dificulta as relações entre os cuidadores e a equipa de saúde, os cuidadores e os doentes e entre os cuidadores.⁴ Sabe-se que os níveis de *distress* das famílias e cuidadores são superiores aos registados pelos doentes e profissionais de saúde^{3,59} e os principais motivos de *distress* para o cuidador são um nível de funcionalidade baixo, a presença de *delirium* hiperativo, alucinações, agitação, declínio cognitivo e linguagem incoerente.³

Os sentimentos mais expressos pelas famílias e cuidadores de doentes com *delirium* incluem medo de cuidar dos doentes sozinhos, medo de deixar os doentes sozinhos,⁵⁸ ansiedade, vergonha, raiva, tristeza e culpa, preocupação acerca de não terem oportunidade para se despedirem e preocupação por não terem discutido decisões de fim de

vida com os doentes.³

No que diz respeito à ansiedade, um estudo notou um aumento de 12 vezes dos níveis de ansiedade global em familiares após vivenciarem um episódio de *delirium*, comparativamente a cuidadores de doentes sem esse diagnóstico.^{3,59}

A identificação dos sentimentos negativos expressos pelas famílias e cuidadores é essencial, pois a sua existência pode comprometer os cuidados prestados ao doente. A família deverá ser alvo de intervenções por parte dos profissionais de saúde: (1) identificando e validando os sentimentos expressos e seus significados, (2) respondendo às suas necessidades, (3) promovendo comunicação aberta entre a família e a equipa (4) envolvendo a família no plano de cuidados e (5) educando a família.⁶⁰

O custo: O impacto económico é significativo, rivalizando com os custos da diabetes mellitus. Vários estudos avaliaram o custo do *delirium* e das estratégias de prevenção. Apesar da sobrevivência ser menor em doentes com *delirium*, o custo total de doentes hospitalizados com este diagnóstico é significativamente superior ao dos doentes sem este diagnóstico.¹⁶ O *delirium* aumenta o tempo de hospitalização e os custos correspondentes, no entanto é de salientar que doentes com diagnóstico prévio de *delirium* têm maior probabilidade de o desenvolver subsequentemente, aumentando os custos *a posteriori*. Por outro lado, por ser mais provável o ingresso em unidades de longa duração ('*long care facilities*'), postula-se que os custos totais destes doentes serão muitos superiores aos atualmente propostos.⁴

Num estudo numa enfermaria de medicina interna da Alemanha, que inclui uma unidade de cuidados intensivos, com 2300 admissões por ano, taxa de ocupação de 80% e demora média de 7,2 dias, identificou-se que os doentes com *delirium* hiperativo apresentavam um custo de medição adicional de aproximadamente € 18 000/ano, e com um custo total adicional por doente de cerca de € 1200. Neste estudo estimou-se que, globalmente, o custo anual adicional seria na ordem dos € 984 000.⁶¹

Um estudo retrospectivo numa unidade de cuidados intensivos, que pretendeu identificar o benefício económico de uma estratégia de prevenção de *delirium*, verificou que num período de cerca de 20 meses o retorno foi de \$ 5539.⁶²

Nos Estados Unidos da América estima-se que internamentos hospitalares complicados com *delirium* contabilizam 1,5 milhões de dias de internamento por ano e aproximadamente 6,9 biliões de dólares em custo para a Medicare.¹¹

A prevenção do *delirium* seria o melhor método para a redução destes elevados custos (e restantes consequências), no entanto, esta estratégia é raramente adotada, em parte pela perceção enviesada e errónea das administrações hospitalares e, sobretudo, dos clínicos acerca do *delirium*: por um lado, é aceite como uma consequência inevitável da estadia hospitalar de doentes idosos, por outro lado é interpretada como uma afeção transitória e reversível,

sem sequelas a longo prazo ou implicações clínicas duradouras.⁶³ A implementação de estratégias de prevenção do *delirium* é custo-efetiva, com menores custos adicionais para as unidades que as implementam a curto prazo^{62,63} e postula-se que sejam também menores a longo prazo para o sistema de saúde.

A chave para a redução dos custos é a prevenção, com estratégias simples como re-orientar os doentes, fomentar a existência de objetos pessoais e significativos junto dos mesmos, promover um ciclo sono-vigília fisiológico com sono de qualidade, mobilizar precocemente, hidratar e treinar adequadamente os recursos humanos da saúde.

CONCLUSÃO

O *delirium* é uma entidade pouco reconhecida pelos profissionais de saúde. Sabe-se que é frequente, aumenta a morbi-mortalidade, o tempo de internamento, o *distress* para a família, cuidadores e profissionais de saúde e acarreta elevados custos. É maioritariamente precipitado por eventos agudos e reversível em 50% dos casos.

É fundamental a educação e formação dos profissionais de saúde, com desenvolvimento de protocolos e formação de equipas com profissionais que permitam a prevenção, identificação precoce do *delirium* e implementação de estratégias de intervenção adequadas. O melhor tratamento é a prevenção, no entanto quando já está estabelecido, as medidas não-farmacológicas são a intervenção de primeira linha e incluem estratégias ambientais, comportamentais e sociais. A terapêutica farmacológica deverá ser instituída de forma a prevenir que o doente se coloque em risco ou de

forma a obter o controlo sintomático para que possam ser otimizadas as medidas não farmacológicas, e em primeira linha surgem os antipsicóticos. É fulcral o acompanhamento e apoio aos familiares e cuidadores dada a existência de elevados níveis de *distress*, com conseqüente deterioração da relação com o doente e equipa de saúde, podendo comprometer os cuidados prestados.

É por todo o impacto que tem nos serviços de saúde, nos profissionais e, sobretudo, nos doentes e seus familiares, que sugerimos maior atenção ao *delirium* e, porque não, passar a considerá-lo como o 7º sinal vital.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não terem qualquer conflito de interesse relativamente ao presente artigo.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Os autores declaram não ter recebido subsídios ou bolsas para a elaboração do artigo.

REFERÊNCIAS

- Lipowski ZJ. *Delirium: acute confusional states*. New York: Oxford University Press; 1990.
- LeGrand SB. *Delirium in palliative medicine: a review*. J Pain Symptom Manag. 2012;44:583-94.
- Finucane AM, Lugton J, Kennedy C, Spiller JA. The experiences of caregivers of patients with delirium, and their role in its management in palliative care settings: an integrative literature review. Psychooncology. 2017;26:291-300.
- Leslie DL, Marcantonio ER, Zhang Y, Leo-Summers L, Inouye SK. One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. Arch Intern Med. 2008;168:27-32.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with delirium. Am J Psychiatry. 1999;156:S1-20.
- Young J, Murthy L, Westby M, Akunne A, O'Mahony R, Guideline Development Group. Diagnosis, prevention, and management of delirium: summary of NICE guidance. BMJ. 2010;341:c3704.
- Candy B, Jackson KC, Jones L, Laurent B, Tookman A, King M, et al. Drug therapy for delirium in terminally ill adult patients. Cochrane Database Syst Rev. 2012;11:CD004770.
- Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J, et al. Interventions for preventing delirium in hospitalized non-ICU patients. Cochrane Database Syst Rev. 2016;3:CD005563.
- O'Mahony R, Murthy L, Akunne A, Young J. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. Ann Intern Med. 2011;154:746-51.
- Reston JT, Schoelles KM. In-facility delirium prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. Ann Intern Med. 2013;158:375-80.
- Clinical Epidemiology and Health Service Evaluation Unit, Melbourne Health and Delirium Clinical Guidelines Expert Working Group. Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people. 1st ed. Melbourne: Dept of Human Services; 2006.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: APA; 1994.
- Lawlor P, Bush S. Delirium in patients with cancer: assessment, impact, mechanisms and management. Nature Reviews Clinical Oncology. 2014;12:77-92.
- Levkoff SE, Evans DA, Liptzin B, Cleary PD, Lipsitz LA, Wetle TT, et al. Delirium: the occurrence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients. Arch Intern Med. 1992;152:334-40.
- Santo FS. Mecanismos fisiopatológicos do delirium. Rev Psiq Clín. 2005;32:104-12.
- Inouye SK, Schlessinger MJ, Lydon TJ. Delirium: a symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. Am J Med. 1999;106:565-73.
- Mariz JJ, Santos NC, Afonso H, Rodrigues P, Faria A, Sousa N, et al. Risk and clinical-outcome indicators of delirium in an emergency department intermediate care unit (EDIMCU): an observational prospective study. BMC Emerg Med. 2013;13:2.
- Moreira CF. Delirium dimensão do problema num serviço de cuidados paliativos. Porto: Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde; 2012.
- Alvarez-Perez FJ, Paiva F. Prevalence and risk factors for delirium in acute stroke patients. A retrospective 5-years clinical series. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2017;26:567-73.
- Pulido I, Baptista I, Brito M, Matias T. Como morrem os doentes numa enfermaria de medicina interna. Rev Port Med Int. 2010;17:222-6.
- Abelha FJ, Botelho M, Fernandes V, Santos A, Dias I, Barros H. Evaluation of delirium in postoperative patients. Arq Med. 2010;24:121-8.
- Wanich CK, Sullivan-Marx EM, Gottlieb GL, Johnson JC. Functional status outcomes of a nursing intervention in hospitalized elderly. Image J Nurs Sch. 1992;24:201-7.
- Hipp DM, Ely EW. Pharmacological and nonpharmacological management of delirium in critically ill patients. Neurotherapeutics. 2012;9:158-75.

24. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2009;373:1874-82.
25. Direção Geral de Saúde. Orientação n° 021/2011: Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Lisboa: DGS; 2011.
26. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA*. 1996;275:852-7.
27. Tolson D, Morley JE. Physical restraints: abusive and harmful. *JAMDA*. 2012;13:311-3.
28. Luo H, Lin M, Castle N. Physical restraint use and falls in nursing homes: a comparison between residents with and without dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2011;26:44-50.
29. Inouye SK, Zhang Y, Jones RN, Kiely DK, Yang F, Marcantonio ER. Risk factors for delirium at discharge: development and validation of a predictive model. *Arch Intern Med*. 2007;167:1406-13.
30. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014;383:911-22.
31. Palliative drugs. The use of drugs beyond (off-label) and without (unlicensed) marketing authorization. 2012. [Consultado 2017 Abr 14]. Disponível em: http://www.palliativedrugs.com/download/PCF4_Prelims_xxi-xxvi.pdf.
32. Campbell N, Boustani MA, Ayub A, Fox GC, Munger SL, Ott C, et al. Pharmacological management of delirium in hospitalized adults-a systematic evidence review. *J Gen Intern Med*. 2009;24:848-53.
33. Loneragan E, Britton AM, Luxenberg J, Wyller T. Antipsychotics for delirium. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;2:CD005594.
34. Hakim SM, Othman AI, Naooum DO. Early treatment with risperidone for subsyndromal delirium after on-pump cardiac surgery in the elderly: a randomized trial. *Anesthesiology*. 2012;116:987.
35. Parellada E, Baeza I, de Pablo J, Martínez G. Risperidone in the treatment of patients with delirium. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:348.
36. Skrobik YK, Bergeron N, Dumont M, Gottfried SB. Olanzapine vs haloperidol: treating delirium in a critical care setting. *Intensive Care Med*. 2004;30:444.
37. Hawkins SB, Bucklin M, Muzyk AJ. Quetiapine for the treatment of delirium. *J Hosp Med*. 2013;8:215.
38. Hirota T, Kishi T. Prophylactic antipsychotic use for postoperative delirium: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2013;74:e1136.
39. Mo Y, Zimmermann AE. Role of dexmedetomidine for the prevention and treatment of delirium in intensive care unit patients. *Ann. Pharmacother*. 2013;47:869-76.
40. Breitbart W, Marotta R, Platt MM, Weisman H, Derevenco M, Grau C, et al. A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. *Am J Psychiatry*. 1996;153:231.
41. Overshott R, Karim S, Burns A. Cholinesterase inhibitors for delirium. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;1:CD005317.
42. Keen JC, Brown D. Psychostimulants and delirium in patients receiving palliative care. *Palliat Support Care*. 2004;2:199.
43. Breitbart W, Alici Y. Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2012;30:1206.
44. Kang J, Shin S, Bruera E. Comprehensive approaches to managing delirium in patients with advanced cancer. *Cancer Treatment Reviews*. 2013;39:105-12.
45. Gagnon B, Low G, Schreier G. Methylphenidate hydrochloride improves cognitive function in patients with advanced cancer and hypoactive delirium: a prospective clinical study. *J Psychiatry Neurosci*. 2005;30:100-7.
46. Payne S, Seymour J, Ingleton C. Palliative care nursing principles and evidence for practice. Berkshire: Open University Press; 2004.
47. Kirk TW, Mahon MM. National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) position statement and commentary on the use of palliative sedation in imminently dying terminally ill patients. *J Pain Symptom Manage*. 2010;39:914e923.
48. Brown M, Vaughan C. Care at the end of life: how policy and the law support practice. *Br J Nurs*. 2013;22: 580-3.
49. Cherny NI, Radbruch L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med*. 2009;23:581e593.
50. National Institute for Health and Care Excellence. Care of dying adults in the last days of life. 2015. [Consultado 2017 Abr 14]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31>.
51. Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, Miyoshi M, Nakaho T, Nishiteno K, et al. Ethical validity of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage*. 2005;30:308e319.
52. Barbosa A, Pina PR, Tavares F, Neto I; Manual de cuidados paliativos. 3ª ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2016.
53. Palliative Care Formulary. PCF Guidelines: Palliative sedation in the imminently dying. *Palliativedrugs.com newsletter January/February 2007*. [Consultado 2017 Abr 14]. Disponível em <http://www.palliativedrugs.com/download/palliativesedationguidelinesjanfebnewsletter080207.pdf>.
54. Neto I. Manifesto da morfina. *Acta Med Port*. 2016;29:161.
55. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Darni S, Fabbri L, Martini F, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. *J Clin Oncol*. 2012;30:1378e1383.
56. Grover S, Kate N. Assessment scales for delirium: a review. *World J Psychiatry*. 2012;2:58-70.
57. Wong CL, Holroyd-Leduc J, Simel DL, Straus SE. Does this patient have delirium?: value of bedside instruments. *JAMA*. 2010;304:779-86.
58. Morita T, Akechi T, Ikenaga M, Inoue S, Kohara H, Matsubara T, et al. Terminal delirium: recommendations from bereaved families' experiences. *J Pain Symptom Manage*. 2007;34:579-89.
59. Buss MK, Vanderwerker LC, Inouye SK, Zhang B, Block SD, Prigerson HG. Associations between caregiver-perceived delirium in patients with cancer and generalized anxiety in their caregivers. *J Palliat Med*. 2007;10:1083-92.
60. Martins S, Simões MR, Fernandes L. O impacto do delirium na família/cuidadores. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2013;10:43-8.
61. Weinreb W, Johannsdottir E, Karaman M, Füsgen I. What does delirium cost? An economic evaluation of hyperactive delirium. *Z Gerontol Geriatr*. 2016;49:52-8.
62. Lee E, Kim J. Cost-benefit analysis of a delirium prevention strategy in the intensive care unit. *Nurs Crit Care*. 2014.
63. Leslie DL, Inouye SK. The importance of delirium: economic and societal costs. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59:S241-3.