

A group of four healthcare professionals, including a man in a white shirt and tie and a woman in scrubs, are sitting around a table in a meeting. They are holding notebooks and pens, appearing to be in a collaborative discussion. The entire image is overlaid with a blue tint.

# DELIRIUM

curso • **Neurologia**

## • CASO CLÍNICO

Um homem de 86 anos, destro, com história pessoal de hipertensão arterial e doença pulmonar obstrutiva crônica busca o setor de emergência por conta de quadro de dor supra púbica e disúria. Associado aos sintomas, apresenta quadro importante de desorientação e agitação psicomotora. Vem ao hospital acompanhado de seu filho, que afirma que seu pai é lúcido e independente, porém nos últimos dias tem notado alterações no seu comportamento e recusa alimentar. Solicitados exames laboratoriais pela equipe assistente, com os seguintes resultados: Eritrócitos 5 milhões/mm<sup>3</sup> / Hemoglobina 13,5 / Hematócrito 38% / Leucócitos 15.500/mm<sup>3</sup> / Neutrófilos 85% - Bastonetes 10 / Plaquetas 155.000/mm<sup>3</sup>. Elementos Anormais Sedimentados (EAS): Densidade 1,030 / pH 5,5 / Proteínas: Ausentes / Glicose: Ausente / Hemoglobina +1 / Nitrito: Positivo / Leucocitúria.

## • INTRODUÇÃO

O caso em questão expõe uma situação bastante comum em emergências. Se trata de um paciente idoso, com diversas comorbidades, que iniciou sintomas sugestivos de um quadro infeccioso e apresenta alterações de comportamento concomitantes. Segundo seu filho, nos últimos dias o paciente - antes lúcido e independente - agora está com recusa alimentar e bastante desorientado. Como interpretar essa situação? Do ponto de vista clínico, o paciente aparenta ter sintomas sugestivos de infecção de trato urinário. Tal hipótese é corroborada pelos exames laboratoriais. O EAS evidencia leucocitúria e nitrito positivo, o que pode indicar processo infeccioso local. O hemograma aponta uma elevação na contagem de leucócitos, causada pela resposta do organismo à infecção.

Associado ao quadro, o paciente apresenta diversas alterações de comportamento com início alguns dias de evolução. Entre os diagnósticos diferenciais de um quadro de início agudo marcado por desatenção, pensamento desorganizado, dificuldade de concentração e atividade psicomotora alterada, devemos ter como primeira hipótese se tratar de delirium. Essa condição clínica é definida por início agudo de distúrbio da atenção marcado associado a prejuízo cognitivo, que tende a flutuar durante o dia. Além disso deve haver evidências de que



haja uma condição clínica, intoxicação, abstinência ou efeito adverso de medicação por trás do quadro. Em pacientes idosos, quadros infecciosos são um dos fatores mais comuns que podem desencadear quadros de delirium. Outros fatores como distúrbios hidroeletrólíticos e uso e algumas medicações como os benzodiazepínicos e quinolonas, podem ser precipitantes. É importante ressaltar que nem todos os pacientes com alteração aguda de estado mental apresentam delirium, e esses critérios devem ser sempre obedecidos. Às vezes o termo delirium é usado de forma intercambiável com “estado confusional agudo” ou “encefalopatia”, e não há consenso sobre suas distinções. Na prática clínica o termo encefalopatia é mais utilizado quando há rebaixamento do nível de consciência associado.

## • DISCUSSÃO

Delirium é definido por um quadro de início agudo de distúrbio da atenção marcado associado a prejuízo cognitivo, que tende a flutuar durante o dia. Além disso deve haver evidências de que haja uma condição clínica, intoxicação, abstinência ou efeito adverso de medicação por trás do quadro. Em pacientes idosos, quadros infecciosos são um dos fatores mais comuns que podem desencadear quadros de delirium. Outros fatores como distúrbios hidroeletrólíticos e uso e algumas medicações como os benzodiazepínicos e antibióticos do grupo das quinolonas, podem ser precipitantes. É importante ressaltar que nem todos os pacientes com alteração aguda de estado mental apresentam delirium, e esses critérios devem ser sempre obedecidos. Às vezes o termo delirium é usado de forma intercambiável com “estado confusional agudo” ou “encefalopatia”, e não há consenso sobre suas distinções. Na prática clínica o termo encefalopatia é mais utilizado quando há rebaixamento do nível de consciência associado.

Delirium é um dos distúrbios neurocomportamentais mais prevalentes, e é extremamente comum em pacientes internados. Seu diagnóstico é clínico, com ênfase na avaliação do nível de atenção e alteração de consciência com curso flutuante. É importante notar que o delirium deve ser diferenciado de demência. Normalmente, quadros demenciais originados de doenças neurodegenerativas se apresentam com uma história de instalação mais lenta e progressão gradual



por mais de 6 meses de duração. Já o delirium tipicamente tem início agudo ao longo de horas ou dias e tende a ter seus sintomas flutuantes ao longo do dia. É mais visto em pacientes idosos, que representam um grupo de risco importante.

## • ABORDAGEM BÁSICA

A avaliação de um paciente com delirium deve iniciar pela história clínica. É importante a avaliação em conjunto com familiares e cuidadores, visto que muitos desses pacientes estarão desorientados e terão dificuldade em fornecer uma história clara acerca de seu próprio quadro clínico. A história colhida com familiares e/ou acompanhantes pode dar diversas dicas para o diagnóstico da doença (febre, uso de medicações, álcool, infecção).

O exame físico muitas vezes pode ser prejudicado, uma vez que o paciente pode não estar cooperativo. O que devemos procurar? No exame neurológico, o paciente pode apresentar sinais neurológicos que comumente são encontrados em distúrbios clínicos e metabólicos, como mioclonias, tremor, anormalidades motoras e flapping generalizados. Cuidado deve ser tomado para a procura de sinais focais ou sinais lateralizados, como hemiparesia ou assimetria de reflexos, pois estes não costumam ocorrer e podem indicar lesões estruturais cerebrais, e assim mudar nosso diagnóstico. Porém, na maioria das vezes o paciente apresenta um quadro de delirium com um exame neurológico normal. Do ponto de vista laboratorial, é importante que sejam verificadas anormalidades metabólicas (como hipo/hipernatramia, hipoglicemia, hipercalemia, disfunção renal ou hepática e alterações na função tireoideana) ou inflamatórias. A presença de processos infecciosos ativos e estados de hipoperfusão como sepse ou choque e intoxicações medicamentosas também deve ser verificada, todas potenciais fatores desencadeantes do quadro.

Em indivíduos com história de abuso de drogas ou que apresentem risco para tal, podem ser necessários estudos toxicológicos e na urina. A solicitação de estudos de imagem como TC ou RM de crânio é individualizada e baseada na história e exame físico. Sua indicação é relevante se há suspeita de lesão estrutural (principalmente se achados focais apareceram no exame físico) ou se após



a avaliação clínica inicial não foi encontrada uma causa óbvia para o surgimento dos sintomas.

## • DIAGNÓSTICO E MANEJO

O diagnóstico do delirium é eminentemente clínico. A solicitação de exames laboratoriais e/ou de imagem deve ser complementar e baseada em uma análise criteriosa dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Nesse contexto, existem 4 pontos chave para avaliação que devem ser utilizados de critérios.

### 1) Distúrbio de atenção

É comum que o paciente apresente dificuldade de direcionar, focar, sustentar e desviar a atenção. A distratibilidade é uma manifestação precoce e exuberante em quadros de delirium. É comum que familiares relatem que o paciente está agindo de forma atípica, fora do seu normal.

### 2) Evolução aguda

O distúrbio evolui em um curto período, geralmente horas ou dias, é flutuante e representa uma alteração em relação ao basal do paciente. Esse é um ponto chave na diferenciação de delirium e demência.

### 3) Distúrbio cognitivo

Pacientes com delirium podem ter alterações na cognição e percepção. Essas alterações incluem perda de memória, desorientação e dificuldade na fala e linguagem.

### 4) Evidência de fator desencadeante

História, exame físico ou achados laboratoriais sugerindo que o distúrbio é causado por uma condição médica ou por intoxicação, abstinência ou efeito adverso de drogas.



Ainda, os sintomas clínicos não são devem ser justificadas por outras desordens pré-existentes. Existem alguns instrumentos clínicos que podem ser de grande valia no diagnóstico. Um deles é o CAM-ICU, que consiste em uma série de perguntas e comandos voltados para a verificação da atenção e desorganização de pensamento.

O tratamento depende da etiologia do delirium, sendo os tratamentos relacionados com drogas dirigidas para sintomas como agitação, alucinações, paranoia etc. Tais fármacos incluem medicações antipsicóticas como Haloperidol, Quetiapina e Olanzapina. A correção das causas de base do delirium é essencial para o tratamento. Ou seja, o ajuste de distúrbios hidroeletrólíticos e ácido básicos, processos infecciosos, hipoglicemia, toxicidade medicamentosa, entre outros. Deve ser realizado um follow-up criterioso para o controle de sintomas, ajuste de terapia e retirada de fatores precipitantes.

