

DOI: <https://doi.org/10.58871/conaeti.v4.65>

DELIRIUM E ESTADO CONFUSIONAL AGUDO

DELIRIUM AND ACUTE CONFUSIONAL STATE

MARIA EDUARDA VARGENS VIEIRA

Graduanda em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

MARIA TEREZA MAIA BRAGA

Graduanda em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

SARA DOS SANTOS OLIVEIRA

Graduanda em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

GIOVANNA PIRES CICUTTI

Graduanda em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

LARISSA RABELO MOREIRA

Graduanda em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

ANA CAROLINA GAMARANO ROCHA DE SOUZA

Graduanda em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

LUCAS GUILHERME MARTINS DE MIRANDA

Graduando em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

ARTUR GONÇALVES DE SOUZA

Graduando em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

NORMA CRISTINA SANTOS DA SILVA VILLELA

Graduanda em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

SAMUEL SÓSTENES SANTOS

Médico pela Universidade Federal de Minas Gerais, professor na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

RESUMO

Objetivo: Este trabalho tem como objetivo abordar o delirium, uma síndrome clínica caracterizada por alteração aguda da consciência, desatenção e distúrbios cognitivos, especialmente em pacientes idosos. **Metodologia:** A metodologia utilizada incluiu uma revisão de literatura nas principais bases de dados médicas, como UpToDate e PubMed, utilizando critérios rigorosos de seleção de estudos, resultando em 5 artigos relevantes. **Resultados e**

Discussão: Os resultados indicam que o delirium é prevalente em ambientes de emergência e CTI, afetando significativamente a população idosa, com fatores de risco como demência, polifarmácia e infecções. O diagnóstico é clínico, baseado em critérios do DSM-5, e os tratamentos envolvem medidas não farmacológicas e farmacológicas, sendo o haloperidol a medicação mais utilizada para delirium hiperativo. **Considerações Finais:** Conclui-se que a prevenção e manejo do delirium exigem atenção especial, principalmente em pacientes com comorbidades, e que intervenções não farmacológicas são essenciais para reduzir a incidência e a duração do quadro.

Palavras-chave: delirium; diagnóstico; tratamento.

ABSTRACT

Objective: The aim of this work is to address delirium, a clinical syndrome characterized by acute alteration of consciousness, inattention, and cognitive disturbances, particularly in elderly patients. **Methodology:** methodology included a literature review in major medical databases, such as UpToDate and PubMed, using strict selection criteria, resulting in 5 relevant articles. **Results and Discussion:** The results indicate that delirium is prevalent in emergency and ICU settings, significantly affecting the elderly population, with risk factors such as dementia, polypharmacy, and infections. Diagnosis is clinical, based on DSM-5 criteria, and treatments involve non-pharmacological and pharmacological measures, with haloperidol being the most commonly used medication for hyperactive delirium. **Final Considerations:** It is concluded that the prevention and management of delirium require special attention, especially in patients with comorbidities, and that non-pharmacological interventions are essential to reduce the incidence and duration of the condition.

Keywords: delirium; diagnosis; treatment.

1 INTRODUÇÃO

Delirium é a denominação dada aos quadros de síndrome clínica em que ocorre alteração aguda da consciência com caráter fulminante (Dalgarrondo, 2019). Esses quadros costumam evoluir com desatenção, desorientação temporoespacial, dificuldade de concentração, perplexidade, ansiedade e graus variáveis, agitação ou lentificação psicomotora, discurso ilógico e confuso, desorganização dos pensamentos e por vezes quadros alucinatorios, em grande parte visuais, e delirantes. O delirium pode se manifestar com hipoatividade, em que o paciente se apresenta com sonolência e torpor, porém, pode correr com hiperatividade, em que a hipervigilância e a agitação são os sinais mais comuns (Dalgarrondo, 2019).

Vale ressaltar que na maioria dos casos o delirium decorre de uma manifestação neuropsiquiátrica de etiologia orgânica subjacente, sendo o quadro infeccioso aquele mais comum, outros fatores com incidência importante são isolamento e restrição física. Além

disso, é comum que esse quadro ocorra com maior frequência em indivíduos com reserva cognitiva comprometida, sendo o quadro de comorbidade em demência como fator de risco mais comum, acompanhado de outras questões como idade acima de 70 anos e polifarmácia (Alencar, 2022).

O diagnóstico do delirium é clínico, sendo usados escalas, questionários e algoritmos, visando operacionalizar o reconhecimento desse quadro. Um ponto essencial do diagnóstico é determinar a etiologia do delirium, a partir do diagnóstico sindrômico, levando em consideração a história, o exame físico e aplicação de instrumentos de avaliação específicos (Fabbri, 2011).

Como tratamento desse quadro é importante identificar fatores etiológicos desencadeadores do delirium, considerando que a interrupção de medicamentos anticolinérgicos, retirada súbita de álcool ou sedativos e demais condições patológicas, dentre elas doenças infecciosas, metabólicas, cardiovasculares e cerebrovasculares, que podem se manifestar de forma atípica no idoso, devendo ser investigadas e tratadas de forma precoce. Associado a essas medidas é importante a iniciar uma terapêutica de suporte que visa corrigir condições de base do idoso, que pode ser a etiologia do estado confusional, como desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos, desnutrição, úlceras de pressão e aspiração. Já o tratamento sintomático costuma ser realizado com medidas não farmacológicas, como medidas psicossociais e ambientais, tais ações incluem orientar o doente em tempo e espaço e explicações sobre sua condição. Quanto ao tratamento farmacológico, este deve ser reservado aos casos de delirium hiperativo, em quadros que os sintomas coloquem em risco a segurança do paciente e de demais pessoas. Contudo, nesses casos, os antipsicóticos são a primeira escolha de tratamento e em casos de delirium por abstinência alcoólica o tratamento costuma ser feito por benzodiazepínicos (Fabbri, 2011).

2 METODOLOGIA

Para a elaboração deste capítulo, foi realizada uma revisão de literatura, com base nas principais bases de dados médicas: UpToDate, PubMed, e nas diretrizes internacionais: DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição), Diretriz da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), NICE Clinical Guideline, recomendações do UpToDate. Os autores selecionaram criteriosamente com base no nível de evidência, sendo utilizados textos baseados em meta-análises e estudos

randomizados para a construção do texto. As palavras chave para busca de bibliografia incluíram: (DELIRIUM OR “ACUTE DELIRIUM” AND MANAGEMENT AND META-ANALYSIS), com base nos termos indicados pela plataforma MeshTerm para busca bibliográfica. Foram encontrados 114 resultados para a pesquisa no PubMed, entre os anos de 2021 e 2025. Os critérios de exclusão foram manejo do Delirium pós-operatório, ou trabalhos que não continham as palavras de busca nos títulos. Foram incluídos trabalhos que abordaram o Delirium na Sala de Emergência ou no CTI. Também foram excluídos trabalhos cuja população foco fosse a pediátrica. 66 artigos foram selecionados para leitura do resumo e, destes, 15 foram lidos na íntegra. Destes, 5 foram usados para a escrita do texto. As recomendações de manejo tiveram suas doses retiradas do UptoDate. As informações apresentadas neste capítulo, portanto, buscaram sempre apresentar nível de maior evidência.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CONCEITO E CONTEXTO

O DSM-5 caracteriza o delirium a partir de 5 características principais, que incluem:

1. Distúrbio da atenção (capacidade direcionar, focar, sustentar e desviar a atenção) e consciência
2. O distúrbio se desenvolve em um curto espaço de tempo (horas a dias), representa uma mudança do estado basal e tende a flutuar durante o dia.
3. Um distúrbio adicional na cognição (déficit de memória, desorientação, linguagem, capacidade visuoespacial ou percepção).
4. Os distúrbios não são melhor explicados por outro transtorno neurocognitivo preexistente, em evolução ou estabelecido, e não ocorrem no contexto de um nível severamente reduzido de excitação, como coma.
5. Há evidências no histórico, exame físico ou achados laboratoriais de que o distúrbio é causado por uma condição médica, intoxicação ou abstinência de substância ou efeito colateral de medicamento.

O delirium pode ser acompanhado de distúrbios de comportamento psicomotores como hipoatividade, hiperatividade mediada pela atividade simpática aumentada, distúrbios do sono, além de alterações emocionais, como medo, depressão, euforia e perplexidade. Não há consenso nas diretrizes internacionais quanto a distinção de Delirium e Estados confusionais

agudos. O termo mais geral “confusão” é usado geralmente para indicar problemas na construção do pensamento. Pacientes com confusão mental são geralmente incapazes de pensar de maneira clara, com velocidade e clareza habituais. A confusão é tipicamente associada a com o rebaixamento do sensório e é um componente do delirium.

O Estado confusional agudo refere-se a um estado agudo de alteração da consciência, caracterizado por distúrbio da atenção junto com a diminuição da velocidade, clareza e coerência do pensamento. Apesar dessa definição também se encontrar no delirium, o termo é tipicamente usado para definir estado de diminuição da vigiância e atividade psicomotora alterada. O delirium é um tipo especial de confusão no qual há aumento da vigiância, com hiperatividade autonômica e psicomotora. Pacientes delirantes podem apresentar agitação, tremores, alucinações, e delírios, mas não são essenciais para o diagnóstico.

A fisiopatologia do delirium ainda é pouco compreendida. Como há múltiplas etiologias, é improvável que exista apenas um único mecanismo fisiopatológico envolvido.

Fatores de risco para delirium	Fatores precipitantes para delirium
Condições neurológicas subjacentes	Polifarmácia
Demência	Infecções
AVC prévio	Desidratação
Doença de Parkinson	Imobilidade
Idade avançada	Desnutrição
	Uso de cateter vesical
	Uso de drogas (consultar)

3. 2 EPIDEMIOLOGIA

Apesar de ser consensual a importância da prevenção do delirium no paciente crítico, uma meta-análise (Lee, 2022) mostrou que essa prática ainda não é estabelecida no departamento de Emergência. O manejo farmacológico é reservado apenas aos casos de risco iminente ao paciente ou outros, mas terapia com antipsicóticos e sedativos ainda é uma prática comum nos serviços de emergência (Kennedy, 2020).

Estudos (McNicoll, 2003) mostram que 31% dos pacientes idosos já são admitidos no CTI com o quadro de Delirium, e que até 70% dessa população vão apresentar o quadro

alguma vez durante a internação. Já no departamento de Emergência (Elie, 2000), a prevalência do quadro é de 9,6%, e está mais associada a quadros de doenças neurológicas e pulmonares.

3.3 APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Os distúrbios da consciência e da cognição são componentes essenciais. A condição geralmente se desenvolve em um curto período de tempo e tende a flutuar durante o dia. O distúrbio é desencadeado geralmente por uma condição médica pré-existente, como as apresentadas no quadro de fatores precipitantes. É imprescindível realizar uma anamnese bem estruturada e atentar, visto que todo paciente submetido a internação, principalmente idosos e internações longas, estão susceptíveis ao desenvolvimento do quadro. A anamnese deve constar as doenças e comorbidades prévias, o uso de medicações, o histórico de internações, buscando fatores de risco e precipitantes. Além disso, deve-se interrogar os familiares quanto ao estado basal do paciente, a fim de diferenciar um quadro de demência de um delirium novo se estabelecendo. A equipe também pode relatar a oscilação do comportamento e nível de consciência do paciente durante a internação e ao longo do dia.

Pacientes com delirium podem apresentar-se letárgicos, sonolentos ou ainda seminomatosos; O extremo oposto pode ocorrer também, cursando com hipervigilância e agitação psicomotora, mas é menos comum em populações idosas. Deve-se atentar para essa população: pacientes idosos podem não aparentar doentes e, muitas vezes, o delirium pode ser a primeira manifestação notada pelos pacientes no início de uma doença, como uma infecção.

O delirium e o estado confusional agudo podem cursar com prejuízo na cognição, evidenciados por uma história de perda de memória, desorientação, dificuldade de comunicação e fala. é importante, novamente, confirmar com familiares o estado prévio do paciente quanto a sua função cognitiva.

Outra condição bastante prevalente no delirium são alterações da sensopercepção, principalmente visual. Pacientes podem ter uma visão distorcida ou delirante de sombras, por exemplo, enxergando uma pessoa. Alucinações podem ser visuais, auditivas, somatossensoriais e há diminuição do insight, o que os faz acreditar que o que estão vendo ou escutando é real.

3.4 DIAGNÓSTICO E DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

O delirium pode ser confirmado a partir do preenchimento dos critérios do DSM-5, anteriormente citados junto com a história clínica, o exame físico, principalmente o exame neurológico. Exames laboratoriais não confirmam o diagnóstico, mas são úteis para identificar causas do delirium, como distúrbios hidroeletrólíticos, infecções, disglícemia, entre outros. Deve-se evitar manipulação excessiva do paciente, principalmente intervenções invasivas, e os exames de imagem ou laboratoriais devem ser feitos de acordo com a suspeita da causa base do quadro.

EXEMPLO	
SUSPEITA CLÍNICA	EXAMES LABORATORIAIS e IMAGEM
a. Desidratação, hiponatremia, hipernatremia, distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base	a. Eletrólitos, Gasometria
b. Infecções	b. Culturas, urina tipo I, raio-x de tórax
c. Distúrbio metabólicos: disglícemias, uremia, hipercalcemia, tireotoxicose, falência hepática	c. Glicemia, Ureia e Creatinina, função hepática, TSH
d. Hipoperfusão e choque	d. Lactato arterial
e. Intoxicações	e. Dosagem sérica de drogas
f. Insuficiência Cardíaca	f. BNP e NT-pro-BNP

3.5 PREVENÇÃO MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO

Uma meta-análise (Burton, 2021) mostrou que medidas não farmacológicas podem estar relacionadas com a redução de até 43% na incidência do Delirium em adultos hospitalizados. Apesar de não ter efeitos diretos na mortalidade, a intervenção não farmacológica pode reduzir o tempo de internação e a duração do delirium.

A prevenção (Hshieh, 2015) pode ser feita a partir da modificação de fontes de risco, como o estabelecimento de um protocolo de auto orientação do paciente: colocar relógios, calendários, janelas e orientações verbais para o paciente. Além disso, é recomendada visitas regulares de familiares e amigos, dentro do possível, e evitar estímulos sensoriais excessivos,

como luz e barulho. Deve-se estabelecer uma rotina de cuidados do sono, evitar administrar medicamentos durante a noite e reduzir ruídos. Estudos sugerem até o uso de plugs de orelha (UptoDate).

Deve-se incentivar a mobilidade o mais precoce possível e evitar o uso de medicações sedativas, em especial os benzodiazepínicos. Além disso, fornecer os óculos ou aparelhos auditivos do paciente, assim que possível.

Por fim, o mais importante é tratar a causa base do delirium, seja uma infecção, ou descompensação de uma doença base, a fim de evitar um tempo ainda mais prolongado de internação, que pode piorar o quadro. Neste quesito, o controle da dor entra como parte fundamental para prevenir ou manejar um delirium já estabelecido. Deve-se preferir medicações que não sejam opioides.

3.6 MANEJO FARMACOLÓGICO

O manejo farmacológico do delirium deve ser reservado apenas nos casos de Delirium hiperativo, ou aqueles que acontecem concomitantes algum tipo de agitação psicomotora que possa trazer riscos ao paciente ou às pessoas ao seu redor. Sob essas condições, a terapia estabelecida pode ser com antipsicóticos, mas ainda as evidências são limitadas. Sabe-se que benzodiazepínicos ou medicações opioides devem ser evitadas nesse quadro, pois podem piorar a confusão e a sedação. São considerados apenas em caso de abstinência destes medicamentos ou de álcool.

A dose recomendada é de Haloperidol 0,5 a 1mg, e deve ser usada quando se precisar controlar a agitação severa, com a dose máxima de 5mg por dia. Doses acima desta estão associadas a efeitos extrapiramidais. Não é recomendada dose profilática ou contínua. Pode ser feito por via oral, intravenosa ou ainda intramuscular. O início da ação pode levar entre 5 a 20 min, logo, não é esperado uma resposta imediata. Deve-se atentar para o uso dessa medicação em pacientes com o intervalo QT prolongado.

Estudos recentes, porém, com menor evidência, mostram que alternativa ao haloperidol é o uso de agentes antipsicóticos atípicos, como a Quetiapina, Risperidona, Ziprasidona ou Olanzapina. São alternativas ao Haloperidol, e apesar de ter dados ainda escassos na literatura, apresentam eficácia semelhante (Lonergan, 2007).

MEDICAÇÕES PARA O DELIRIUM HIPERATIVO

- Haloperidol: 0,5 - 1 mg por dose. máximo de 5mg por dia.

Outras alternativas:

- Risperidona: início: 1-2 mg, pode ser repetida a cada 2h se necessário, com dose máxima de 6mg
- Quetiapina: 12,5 - 50mg via oral, duas vezes ao dia. Dose máxima de 400mg ao dia.
- Olanzapina: Início de 5-10mg IM ou via oral. Repetir se necessário após 2 a 4 horas. Máximo de 30mg/dia
- Lorazepam: 0,5-1mg (evitar)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Delirium ainda se mostra um dos quadros agudos de maior prevalência dentro do departamento de emergência e nos cuidados do paciente crítico. É preciso ter cuidado redobrado com pacientes idosos internados, principalmente aqueles que possuem quadros demenciais prévios, a fim de diagnosticar o delirium e fazer o manejo não farmacológico.

Estratégias não farmacológicas podem ser empregadas a fim de prevenir e tratar quadros iniciais, sendo o tratamento da causa base e o controle da dor fundamentais. Infelizmente a prática medicamentosa ainda é amplamente comum na Emergência, e deve ser combatida através da educação dos profissionais de saúde e a detecção precoce do quadro.

Por fim, ainda se carecem de opções terapêuticas farmacológicas para o Delirium hiperativo, tendo-se o Haloperidol como medicação de escolha por ser o que mais apresenta estudos. Deve-se estudar mais as relações de outros antipsicóticos e estabelecer estratégias de prevenção do delirium tanto no serviço de urgência quanto na medicina intensiva, para que o tratamento medicamentoso se torne a exceção.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BURTON, J. K. et al. Non-pharmacological interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [S.l.], v. 11, n. 11,

CD013307, 26 nov. 2021. Disponível em:
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013307.pub3>. Acesso em: 17 abr. 2025.

ELIE, M. et al. Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *Canadian Medical Association Journal*, [S.l.], v. 163, n. 8, p. 977–981, 17 out. 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1503/cmaj.163.8.977>. Acesso em: 17 abr. 2025.

FRANCIS JR, J.; YOUNG, G. B. Diagnosis of delirium and confusional states. In: **WILTERDINK, J. L.** (Ed.). *UpToDate*. Waltham: UpToDate Inc., 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-delirium-and-confusional-states>. Acesso em: 17 abr. 2025.

KENNEDY, M. et al. The agitated older adult in the emergency department: a narrative review of common causes and management strategies. *Journal of the American College of Emergency Physicians Open*, [S.l.], v. 1, n. 5, p. 812–823, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/emp2.12110>. Acesso em: 17 abr. 2025.

LI, J. et al. The impact of non-pharmacological sleep interventions on delirium prevention and sleep improvement in postoperative ICU patients: a systematic review and network meta-analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, [S.l.], v. 87, 103925, abr. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103925>. Acesso em: 17 abr. 2025.