

CAPÍTULO 09

DELIRIUM E SUA RELAÇÃO COM AS DEMÊNCIAS

Jéssica Maria Silva de Carvalho
Joanne Gleyce Amorim Ribeiro Martins
Thaysla de Oliveira Sousa
Mauro Pinheiro de Carvalho Júnior
Ingrid Carvalho Correia

RESUMO

O *delirium* é uma síndrome neuropsiquiátrica com início súbito e curso flutuante, apresentando sempre uma etiologia orgânica. Já a demência é uma síndrome cognitiva que tem início insidioso, é progressiva e causa declínio no funcionamento cognitivo, surgindo a partir de condições cerebrais específicas e processos degenerativos. O *delirium* é um fator de risco para demências, assim como também, indivíduos com demência apresentam predisposição para o desenvolvimento de *delirium*. Dessa forma, o presente capítulo tem por objetivo caracterizar *delirium* e discutir sua relação com demência em idosos.

Palavras-chave: *Delirium*; Demências; Diagnóstico Diferencial; Fatores de Risco.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O estado confusional agudo, também conhecido como *delirium*, é uma síndrome neuropsiquiátrica com início súbito e apresenta etiologia multifatorial. Configura-se por um curso transitório e flutuante de sintomas, conta com alterações do nível de consciência e desatenção, podendo apresentar alterações comportamentais, atividade psicomotora aumentada ou reduzida e mudanças no ciclo sono-vigília (PEREIRA, 2018; PRAYCE; QUARESMA; NETO, 2018).

A prevalência do *delirium* é alta em idosos hospitalizados, com variação de 7% a 52%. O risco para esses pacientes é de 14% para idosos acima de 65 a 74 anos e em 36% para aqueles com idade acima de 75 anos. Esta condição, apesar de comum e potencialmente reversível, é subdiagnosticada, o que pode acarretar em prolongamento do período de hospitalização, risco de aumento nas taxas de morbimortalidade, em complicações no estado de saúde por interferir na avaliação da dor e na abordagem de outros sintomas, trazendo, dessa forma, impactos

negativos nos doentes, na família e na equipe profissional de saúde (CHAGAS; BORGES; CHAGAS N., 2018; GUAL; SALMONES; PÉREZ, 2019; PRAYCE; QUARESMA; NETO, 2018; MALDONADO, 2017).

As manifestações clínicas variadas do *delirium*, geralmente são agravadas por outras patologias concomitantes, dificultando até na distinção de seus sintomas, o que contribui para o subdiagnóstico. Apesar de caracterizar-se por um início agudo e reversível, pode provocar alterações na cognição a longo prazo, aumentando o risco de demência (CUNHA; PEREIRA, 2020).

A demência é uma síndrome relacionada a perda cognitiva, tem início insidioso, é progressiva e causa declínio no funcionamento, surge a partir de condições cerebrais específicas e processos degenerativos, como a demência de Alzheimer (PARRISH, 2019; OJAGBEMI; FFYTCHÉ, 2016).

Nesse contexto, na literatura é amplamente difundido que o *delirium* é um fator de risco para demências, assim como também, indivíduos com demência apresentam predisposição para o desenvolvimento de *delirium*. O *delirium* e a demência, com frequência, são coexistentes e se sobrepõem, tornando o diagnóstico diferencial um desafio. Dessa maneira, é importante expor os pontos que os diferenciam e as semelhanças, estabelecendo suas relações, visto que o *delirium* pode representar uma tendência para o surgimento de demência, podendo ajudar a revelá-la ou agravá-la (PEREIRA, 2018).

OBJETIVO

Caracterizar a condição de *delirium* (ou estado confusional agudo) e discutir sua relação com demência em idosos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem reflexiva acerca da relação de *Delirium* com a demência em idosos. Para isso foram utilizados estudos nacionais e internacionais sobre a temática em questão. Após análise, o capítulo foi estruturado nas seguintes categorias: fisiopatologia do *delirium*, quadro clínico, diagnóstico diferencial, *delirium* e sua relação com as demências, tratamento não medicamentoso e medicamentoso e prevenção.

DESENVOLVIMENTO

1. Fisiopatologia do *delirium*

Ainda que o *delirium* possa ocorrer em qualquer idade, os idosos correm maior risco devido ao declínio da função cerebral decorrente do envelhecimento, o que pode torná-los mais suscetíveis, especialmente aqueles que já possuem alguma doença com funções cognitivas comprometidas. Assim, conhecer a fisiopatologia pode ajudar na elaboração de melhores abordagens preventivas e de tratamento (INOUE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014; MALDONADO, 2017).

O *delirium* como condição potencialmente reversível e disfunção de diversas regiões cerebrais, pode ser caracterizada pelo déficit de atenção, déficit cognitivo, desregulação do ritmo circadiano, desregulação emocional e alteração da função psicomotora. Essa condição pode apresentar diferentes etiologias, tendo seu mecanismo fisiopatológico específico indefinido, tendo como principal conjectura o papel dos neurotransmissores, além de respostas inflamatórias e o estresse (MALDONADO, 2017; LOBO et al, 2017; SANTOS, 2016).

Considerado, geralmente, como um transtorno global e inespecífico, o *delirium* é provocado pelo desarranjo de um conjunto de neurotransmissores, podendo ser causado por processos sistêmicos, como hipóxia e hipoglicemia, que podem levar a diminuição da produção de acetilcolina ou aumento da dopamina, principais neurotransmissores desencadeantes do *delirium*. Além disso, outros fatores podem ter um papel na fisiopatologia desse estado mental anômalo, como citocinas inflamatórias e alguns biomarcadores, distúrbio hidroeletrólíticos, processos infecciosos e distúrbios metabólicos (SANTOS, 2016; SILVA et al, 2019; FABBRI, 2017).

2. Quadro clínico

A apresentação clínica e sindrômica do *delirium* deve ser observada de forma atenta, pois possui início agudo e um curso flutuante dos sintomas, principalmente dos níveis de atenção e consciência que se modificam em horas. Porém, no paciente idoso, seu início pode ser insidioso. Assim, as manifestações clínicas podem existir de forma variável, havendo mudanças na psicomotricidade, no humor e na percepção sensorial (SILVA et al, 2019).

Com base nas manifestações clínicas do *delirium*, podem ser considerados cinco pontos principais:

- Déficits de atenção: qualificados por distúrbios na consciência e dificuldade de direcionar e manter a atenção;
- Outros déficits cognitivos: caracterizados por dano à memória, alterações na percepção, compreensão prejudicada e desorientação;

- Desregulação psicomotora: apresentações variadas dos sintomas (hiperatividade ou hipoatividade);
- Desregulação do ritmo circadiano: ocorrem mudanças no ciclo circadiano do sono, podendo haver inversão do dia e noite;
- Desregulação emocional: marcado pela irritabilidade, ansiedade, raiva ou medo, além de sintomas psicóticos, como alucinações visuais (FABBRI, 2017; MALDONADO, 2017).

A literatura possui uma divisão clássica do quadro clínico de *delirium* em hiperativo, hipoativo e misto. Nos pacientes do tipo hiperativo o estado de agitação se sobressai, podendo haver momentos de agressividade, diferente do tipo hipoativo, onde é observado um comportamento lentificado, apático e passivo, sendo assim, frequentemente diagnosticado de forma tardia. O do tipo misto inclui uma variação dos dois tipos citados anteriormente, oscilando em extremos (letargia e agitação) (INOUYE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014; MALDONADO, 2017).

Como a principal característica do *delirium* é a flutuabilidade dos sintomas, é comum o paciente apresentar-se agitado, com eventuais alucinações ou ilusões, variando entre os estados de extrema agitação ou calma. O *delirium* é frequente em pacientes com demência, mas não é exclusivo dessa condição. (FABBRI, 2017; SILVA et al, 2019).

Além do diagnóstico sindrômico, anteriormente descrito, é importante haver uma investigação clínica e laboratorial em busca de um diagnóstico etiológico para que seja revelada a causa orgânica do *delirium*. Desse modo, é necessário verificar se há outros diagnósticos recentes, pesquisar infecções ocultas, déficits neurológicos, dor, constipação intestinal, desidratação, distúrbios metabólicos ou outras doenças agudas conhecidamente precipitadoras desta condição. Com base na história do paciente e no exame físico, solicitar exames laboratoriais ou de imagem quando necessário, e rever a prescrição do paciente em busca de medicações que possam precipitar ou piorar o quadro (INOUYE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014).

3. Diagnóstico diferencial

Segundo Fick (2013), pelas suas características clínicas flutuantes, com alteração da cognição e estado de consciência, o diagnóstico diferencial entre o *delirium* e outras doenças, como a demência ou a depressão, pode ser desafiador. Efetivamente, o *delirium*, a demência e a depressão são três patologias frequentes no idoso e que podem coexistir, o que dificulta a sua identificação e correto diagnóstico. Muitos achados clínicos e sintomas do *delirium* podem ser

associados com outros transtornos psiquiátricos como depressão, mania, psicose e demências, como demonstra o Quadro 4 (CAXEITA, 2016).

Quadro 4. Características definidoras para o Diagnóstico diferencial do *delirium* em relação a outros acometimentos mentais. Teresina-PI, Brasil, 2022.

	Delirium	Demência	Depressão	Mania/hipomania	Esquizofrenia
Início:	Agudo	Insidioso	Oscilante	Agudo	Oscilante
Curso:	Flutuante	Progressivo	Variação diurna	Oscilante	Oscilante
Atenção:	Desatenção	Mantida ou pouco diminuída	Desatenção	Desatenção	Variável
Consciência:	Diminuída	Mantida	Mantida	Mantida	Mantida
Orientação:	Desorientação espacial e temporal	Prejudicada	Mantida	Em geral, mantida	Em geral, mantida
Memória:	Pode estar prejudicada	Prejudicada	Em geral, mantida	Mantida	Mantida
Psicose:	Comum de conteúdo simples, alucinações visuais	Incomum, a não ser em casos mais avançados	Pode acontecer em episódios graves, congruentes com o humor	Pode acontecer em episódios graves, congruentes com o humor	Comum, conteúdo complexo e muitas vezes paranoide; alucinações auditivas

Fonte: Adaptado de ALMEIDA, 2013; TRZEPACZ; MEAGHER, 2014.

Logo, percebe-se que o *delirium*, diferentemente da síndrome demencial não tem caráter progressivo, apresentando um início agudo com flutuação em seu curso e distúrbio da atenção. Recomenda-se que em caso de dúvida, deve-se assumir o quadro como *delirium* e durante a investigação ir descartando as outras etiologias. (Francis Jr; Young, 2020)

4. *Delirium* e sua relação com as demências

Para Popp (2013), a relação entre *delirium* e demência são os processos inflamatórios e neurodegenerativos, que ambas apresentam. Considerando os mecanismos neurobiológicos envolvidos, acredita-se que múltiplos fatores levem a uma via final com excesso de dopamina e depleção colinérgica. A inflamação sistêmica parece afetar o sistema nervoso central por meio de diversas vias, o que comprometeria seu funcionamento adequado e, de alguma forma,

acarretaria uma depleção colinérgica, contribuindo para disfunção cognitiva (MUNSTER, 2014).

Segundo Fong (2015), os processos inflamatórios e neurodegenerativos das demências e do *delirium*, podem ser considerados bidirecionais. Bickel (2008) expõe que o estado confusional agudo também poderia ser um fator de risco para o desenvolvimento de demência. Melkas (2012) afirma que inúmeros estudos demonstraram maior risco de *delirium* em pacientes com demência.

A metanálise de dois estudos (total n = 241) realizada por WITLOX *et al* (2010) mostrou que o *delirium* estava associado a um aumento da taxa de demência incidente (risco relativo ajustado, 5,7, IC 95% 1,3–24,0). Em uma amostra de 225 pacientes de cirurgia cardíaca, *delirium* foi associado a um declínio pontuado grave no funcionamento cognitivo, seguido por recuperação durante 6-12 meses na maioria dos pacientes (SHARON, 2013).

O *delirium* pode causar danos neurais permanentes, predispondo ao desenvolvimento ou agravamento de uma demência preexistente, além de maior risco de institucionalização e mortalidade. A vulnerabilidade cerebral subjacente dos doentes com demência pode predispor ao desenvolvimento de *delirium*, como consequência de insultos relacionados com doença aguda, medicação ou fatores ambientais (DAVIS, 2014; KOSTER, 2013; INOUE; WESTENDORP; SACZYNSKI 2014).

O levantamento bibliográfico apresentado aponta para uma íntima relação entre as entidades clínicas e suas complicações, deste modo, deve-se encarar a prevenção do *delirium* em ambiente hospitalar como ponto chave no sistema de saúde pública, sugerindo-se evitar o surgimento ou agravamento de síndrome demencial em paciente idoso. Bem como deve-se prestar atenção especial com idosos hospitalizados diagnosticados com demência, a fim de prevenir o aparecimento de distúrbio confusional agudo.

5. Tratamento não medicamentoso e medicamentoso

O tratamento de *delirium* se inicia com a identificação do agente etiológico e consequente correção da alteração sistêmica de base. Entretanto, durante esta investigação podem ser usadas medidas farmacológicas e não farmacológicas, visando tratar ou atenuar os sintomas (ALMEIDA, 2020).

Entre as abordagens não farmacológicas para *delirium*, a principal é a prevenção, uma vez que há evidências de associação da síndrome com maior mortalidade e morbidade, declínio das funções cognitivas, bem como institucionalização e custos e sistemas hospitalares. (CAXEITA, 2016)

Medidas não farmacológicas para o tratamento do *Delirium*:

- Conhecer e evitar o uso de vários medicamentos, especialmente aqueles envolvidos na etiologia do *delirium* (como benzodiazepínicos, anticolinérgicos, alguns antibióticos, anticonvulsivantes etc).
- Retirar lentamente os medicamentos que podem causar algum tipo de abstinência.
- Fornecer subsídios para que o paciente se oriente, como calendário, fotos ou presença de familiares, relógio etc.
- Evitar intervenções que limitem a mobilidade do paciente.
- Sempre permitir ao paciente o uso de lentes corretivas ou aparelho de audição quando necessário.
- Manter uma boa iluminação durante o dia e diminuir a noite.
- Intervenções de ambientais e de apoio e esclarecimento tanto ao paciente como à família (CAXEITA, 2016).

Quando as intervenções não farmacológicas não forem suficientes para atenuar o quadro de agitação do *delirium* hiperativo, ou quando este puder acarretar riscos ao paciente ou a outras pessoas, é necessário o uso de medicamentos para manejo sintomático, alguns destes são apresentados no Quadro 5. A terapêutica medicamentosa deve ser instituída para acalmar o paciente agitado, e não com o intuito de sedação, preferindo, portanto, a menor dose possível (ALMEIDA, 2020).

Quadro 5. Medicamentos utilizados no tratamento do *delirium*.

Medicamento	Dose	Vias de administração
Antipsicóticos típicos		
Haloperidol	0,5 a 5mg a cada ~12h	VO, IM
Clorpromazina	12,5-50mg a cada ~4-12h	VO, IM
Antipsicóticos atípicos		
Olanzapina	2,5 a 20mg a cada ~24h	VO
Risperidona	0,5 a 3mg a cada ~12-24h	VO
Benzodiazepínicos		
Lorazepam	0,5 a 2mg a cada ~4h	VO

Fonte: Adaptado de CAXEITA, 2016.

Segundo Mattison (2021), uma alternativa a ser empregada em pacientes com quadro de *delirium* instituído é a alocação destes em um quarto destinado a atenção para pacientes desorientados com suporte multidisciplinar, evitando o uso de contenção e diminuição de psicotrópicos. Tal abordagem deve ser guiada através do método T-A-NA (Tolere, Antecipe e Não Agite)

6. Prevenção

Para prevenção da ocorrência de *delirium* em ambiente hospitalar utiliza-se do programa HELP (Hospital Elder Life Program) que se baseia na identificação de seis fatores de risco para *delirium* em pacientes idosos no momento da admissão hospitalar: déficit cognitivo, privação de sono, imobilidade, deficiência visual, deficiência auditiva e desidratação. A partir da triagem para estes fatores, a abordagem interdisciplinar deve ser empregada na intervenção. Com o programa HELP tem-se a diminuição da incidência de *delirium*, diminuição do tempo de internação, aumento da satisfação do paciente e redução dos custos hospitalares. (REUBEN *et al*, 2000; Mattison, 2021)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *delirium* e a demência são perturbações que podem coexistir ou mesmo uma ser fator de risco para outra. Um fator de complexidade para o diagnóstico de *delirium* e consequentemente seu tratamento, é o seu diagnóstico diferencial, especialmente com relação a demência. Dessa forma, é essencial o conhecimento pelo profissional de saúde sobre a fisiopatologia, o quadro clínico e, especialmente, seu diagnóstico diferencial com relação às demências a fim de estabelecer um diagnóstico coerente e um tratamento eficaz para obtenção de um melhor prognóstico e qualidade na prestação do serviço de saúde e diminuição dos prejuízos à saúde do idoso.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. Dentro do contexto clínico, considerando o paciente idoso de forma integral e seus sinais e sintomas, qual o impacto na eficácia do tratamento ao determinar o diagnóstico diferencial entre *delirium* e demência?
2. Pensando no *delirium* como condição potencialmente prevenível, quais ações poderiam ser estabelecidas na estrutura dos ambientes hospitalares com finalidade de evitar sua ocorrência?

3. A quem fica a cargo de estabelecer as ações não medicamentosas no tratamento do delirium? Como cada profissional deve colaborar nesta terapêutica?
4. Quais são os desafios do sistema público na prevenção e manejo do *delirium* e quais estratégias devem ser tomadas para a redução dos impactos que essa condição causa ao sistema?

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. P.; PICCOLI, C. K.; SANTORO, D. Entendendo o delirium e suas implicações para o cliente: contribuição para a prática da enfermagem na unidade de emergência. **Enfermagem Brasil**; v.10, n. 4, 2020.

BICKEL, H.; GRADINGER, R.; KOCHS, E.; FORSTL, H. High risk of cognitive and functional decline after postoperative delirium. A three-year prospective study. **Dement Geriatr Cogn Disord**. 2008.

CUNHA, S.; PEREIRA, C. Delirium: quando os culpados se misturam (relato de caso). **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. v. 36. n. 2, p. 169-174. Portugal, 2020.

CHAGAS, N. M. S.; BORGES, D. G. S.; CHAGAS, M. H. N. Delirium como fator de risco para demência em idosos: Uma atualização. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 65, n. 1, p. 94-98. São Paulo, 2016.

CAXEITA, Leonardo. **Psiquiatria Geriátrica**. Editora Artmed, 2016.

DAVIS, D. et al. Cognitive Function and Ageing Study. The descriptive epidemiology of delirium symptoms in a large population-based cohort study: results from the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). **BMC Geriatr** v.14, n.87. 2014.

FABBRI, R. M. A. Delirium. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

Francis Jr, Joseph; Young, G Bryan. Diagnosis of delirium and confusional states. **UpToDate**. 2020. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/online>>. Acesso em: 12/06/2022

FICK, D. M.; STEIS, M.R.; WALLER, J. L.; INOUYEI, S. K. Delirium superimposed on dementia is associated with prolonged length of stay and poor outcomes in hospitalized older adults, **Journal of Hospital Medicine**, [s. l.], v. 8, n. 9. 2013.

FONG T. G.; DAVIS, D.; GROWDON, M. E.; ALBURQUERQUE, A.; INOUYE S. K. The interface between delirium and dementia in elderly adults. **The Lancet Neurology**. v. 14, n. 8, 2015.

GUAL, N.; SALMONES, M. G.; PÉREZ, L. M. Diagnosing delirium in patients with dementia, a great challenge. **Elsevier: Medicina Clínica (English Edition)**. [s.l.] v. 153, n. 7, p. 284-289. 2019.

INOUYE, S. K.; WESTENDORP, R. G. J.; SACZYNSKI, J. S. Delirium in elderly people. **Review Lancet**. v 383, p. 911-922. Boston, 2014.

KOSTER, S.; HENSENS, A. G.; SCHUURMANS, M. J.; VAN DER PALEN J. Prediction of delirium after cardiac surgery and the use of a risk checklist. **European Journal of Cardiovascular Nursing** v. 12 n. 248, 2013.

LOBO. *et al.* Delirium. **Revista Medicina**. v. 43, n. 3, p. 249-257. Ribeirão Preto, 2010.

MALDONADO, J. R. Delirium pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. **International Journal Geriatric Psychiatry**. . v. 33. n. 11, p.1428-1457. Califórnia, 2017.

MATTISON, Melissa. Hospital management of older adults. **UpToDate**. 2021. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/online>>. Acesso em: 12/06/2022

MELKAS, S. *et al.* Post-stroke delirium in relation to dementia and long-term mortality. **International Journal of Geriatric Psychiatry**. v. 27, n. 4. 2012.

OJAGBEMI, A.; FFYTICHE, D. H. Are stroke survivors with delirium at higher risk of post-stroke dementia? Current evidence and future directions. **International Journal of Geriatric Psychiatry**. [s.l.] v. 31, n. 12, p. 1289-1294. 2016.

PEREIRA, Rita Trindade. **Revisão da associação entre delirium e demência nos idosos**. 2018. Dissertação (Mestrado em Medicina Integrada) - Faculdade de Medicina da Universidade de Porto. Porto, 2018.

PERRISH, Evelyn. Delirium Superimposed on Dementia: Challenges and Opportunities. **Nursing Clinics of North America**. v. 54, n. 4, p. 541-550. Lexington, 2019.

POPP, J. Delirium and cognitive decline: more than a coincidence. **Curr Opin Neurol**. v. 26, n. 6, 2013.

PRAYCE, R.; QUARESMA, F.; NETO, I. G. DELIRIUM: The 7 th Vital Sign ? **Acta. Med. Port**. v. 31, n. 1, p. 51-58. Portugal, 2018.

REUBEN, David B.; INOUYE, Sharon K.; BOGARDUS, Sidney T.; BAKER, Dorothy I.; LEO-SUMMERS, Linda; COONEY, Leo M.. MODELS OF GERIATRICS PRACTICE; The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [S.L.], v. 48, n. 12, p. 1697-1706, dez. 2000. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2000.tb03885.x>

SANTOS, F. S. Delirium em idosos. In: CAIXETA, L. **Psiquiatria Geriátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 185-209.

SILVA. *et al.* Delirium. In: HUMES *et al.* **Clínica Psiquiátrica: Guia Prático**. 1 Ed. Barueri: Manole, 2019. p. 343-350.

SHARON K, INOUE, RUDI G JWESTENDORP, JANE S SCACZYNKI. Delirium em idosos. **The lancet**. v 338, n 9920. 2013.

VAN MUNSTER, B. C.; DE ROOIJ, S. E. Delirium: a synthesis of current knowledge. **Journal Metrics** (Lond). v. 14, n. 2, 2014.

WITLOX, Joost; EURELINGS, Lisa S. M.; JONGHE, Jos F. M. de; KALISVAART, Kees J.; EIKELENBOOM, Piet; VAN GOOL, Willem A.. Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization, and Dementia. **Jama**, [S.L.], v. 304, n. 4, p. 443, 28 jul. 2010. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2010.1013>.