

Diagnóstico, intervenção precoce e prevenção do Delirium no adulto: o que fazer na Atenção Primária À Saúde?

Diagnosis, early intervention and prevention of Delirium in adults: What to do in Primary Health Care?

Diagnóstico, intervención temprana y prevención del Delirium en adultos: ¿qué hacer en la Atención Primaria de Salud?

Luciana Almeida¹ , Sónia Martins² , Nivaldo Martins⁴ , Lia Fernandes³ 

¹Unidade de Saúde Familiar de Canelas - ACeS Gaia-Espinho.

² Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS) e Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP).

³Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental e Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) - Serviço de Psiquiatria, Centro Hospitalar Universitário São João (CHUSJ), Porto, Portugal.

⁴Centro Hospitalar Conde de Ferreira (CHCF), Porto, Portugal.

Resumo

Introdução: O delirium é uma síndrome frequente, com morbimortalidade associada considerável mas potencialmente prevenível se instituídas medidas de prevenção e rastreio adequadas. No entanto, é ainda pouco conhecida e muitas vezes subdiagnosticada, principalmente na Atenção Primária à Saúde onde está muitas vezes associado a internamento recente e situações benignas facilmente corrigíveis se detetadas precocemente. O objetivo deste trabalho foi a realização de uma revisão sobre o delirium, assim como propor uma abordagem diagnóstica, terapêutica e preventiva na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Foi feita uma pesquisa bibliográfica de artigos publicados entre janeiro de 2008 e dezembro de 2020, na PubMed e Scielo com o descritor “delirium” combinado com “primary health care” ou “general practice”. **Resultados:** Na abordagem do delirium, importa primeiro identificar indivíduos de risco, tarefa que tem por base um modelo multifactorial que conjuga fatores predisponentes e precipitantes. Em termos de métodos de rastreio, o mais usado é o Confusion Assessment Method, mas testes de avaliação da atenção ou Escala de Agitação e Sedação de Richmond podem também ser usados, sempre em associação com o exame físico completo para confirmação diagnóstica. A abordagem terapêutica e preventiva assenta essencialmente em medidas não farmacológicas que visam corrigir fatores de risco. **Considerações Finais:** De uma forma geral, o desenvolvimento de programas sistemáticos de formação e rastreio que envolvam uma equipa multidisciplinar, incluindo elementos da Atenção Primária à Saúde e cuidadores, podem ser a chave para o sucesso na redução da incidência do delirium e das suas consequências.

Palavras-chave: Delirium; Aprovação de Teste para Diagnóstico; Fatores de Risco; Atenção Primária à Saúde; Prevenção Quaternária.

Autor correspondente:

Luciana Almeida.

E-mail: luciana.almeida.mgf@gmail.com

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

não se aplica

Procedência:

não encomendado

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 01/02/2020.

Aprovado em: 18/04/2021.

Como citar: Almeida L, Martins S, Martins N, Fernandes L. Diagnóstico, intervenção precoce e prevenção do delirium no adulto: o que fazer na atenção primária à saúde?. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2366. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2366](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2366)



Abstract

Introduction: Delirium is a common syndrome, with considerable associated morbimortality, potentially preventable if the adequate prevention and screening measures are instituted. However, this condition is still little-known, mainly in Primary Health Care, and many times underdiagnosed. The aim of this work was to carry out a review about delirium as well as propose a diagnostic and therapeutic approach for Primary Health Care. **Methods:** A search of articles published between January 2008 and December 2020 in PubMed and Scielo with the mesh terms “delirium” combined with “primary health care” or “general practice” was performed. **Results:** The approach aims first to identify risk individuals using a multifactorial model composed of predisposing and precipitating factors. Regarding screening tests, the most widely used is the Confusion Assessment Method, but others like attention tests or the Richmond Agitation and Sedation Scale can be used as well, all in association with a thorough physical examination for diagnostic confirmation. The therapeutic and preventive approaches are mainly about the use of non-pharmacological methods to correct the risk factors. **Final Considerations:** Generally, the development of systematic training and screening programs involving a multidisciplinary team, including Primary Health Care members and the caregivers can be the key to success in reducing the incidence of delirium and its complications.

Keywords: Delirium; Diagnostic Test Approval; Risk Factors; Primary Health Care; Quaternary Prevention.

Resumen

Introducción: El delirium es una situación frecuente, con una considerable morbimortalidad asociada, pero potencialmente prevenible si se instituyen medidas de prevención y detección adecuadas. Sin embargo, esta situación aún es poco conocida, principalmente en la Atención Primaria de Salud, y muchas veces subdiagnosticada. El objetivo de este artículo es hacer una revisión de las características del delirium y proponer un abordaje diagnóstico y terapéutico para la APS. **Métodos:** Hicimos una revisión no sistemática de la literatura publicada en PubMed y Scielo con los descriptores “delirium” combinados con “atención primaria de salud” o “práctica general”, publicados entre enero de 2008 y diciembre de 2020. **Resultados:** Al abordar estas situaciones, prima la identificación de individuos en riesgo, tarea basada en un modelo multifactorial compuesto por factores predisponentes y precipitantes. Cuando se trata de pruebas de detección, el más utilizado es el Método para la Evaluación de la Confusión, pero se pueden usar otras, como pruebas de evaluación de la atención o La Escala de la Agitación y Sedación Richmond, siempre asociado a un examen físico completo para la confirmación del diagnóstico. El enfoque terapéutico y preventivo se centra principalmente en el uso de métodos no farmacológicos destinados a corregir los factores de riesgo. **Consideraciones finales:** En general, el desarrollo de programas sistemáticos de formación y detección que involucren un equipo multidisciplinario, que incluyan elementos de Atención Primaria de Salud y los cuidadores, pueden ser la clave del éxito para reducir la incidencia del delirium y sus implicaciones.

Palabras clave: Delirio; Aprobación de Pruebas de Diagnóstico; Factores de Riesgo; Atención Primaria de Salud; Prevención Cuaternaria.

Introdução

Segundo a última edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-5), o delirium é uma alteração aguda do estado mental, caracterizada por déficit de atenção, alteração do estado de consciência e da cognição. Desenvolve-se num curto período de tempo, com um curso flutuante e agravamento vespertino, e é explicado por uma patologia médica aguda subjacente ou exposição a substância tóxica¹.

Esta é uma das complicações mais frequentes em contexto hospitalar, afetando cerca de 20 a 30% dos pacientes internados^{2,3}. Na comunidade, a incidência de delirium baixa para valores entre 0.5 e 2%²⁻⁴, exceção para os pacientes institucionalizados em lares onde é de 60%⁵. De uma forma geral, o delirium está associado ao aumento dos custos em saúde e a maior morbi-mortalidade, nomeadamente mais institucionalizações e utilização dos serviços de urgência, agravamento de défices cognitivos e funcionais, perda de autonomia, maior risco de quedas e dependência^{2,6-8}.

Apesar de ser uma situação muito frequente, o delirium é uma síndrome ainda mal compreendida e, talvez por isso, com mais de 2/3 dos casos não diagnosticados⁹. Este desconhecimento poderá atrasar o diagnóstico e tratamento e agrava o prognóstico de uma situação que é muitas vezes fatal^{2,7}. Adicionalmente, embora haja um aumento da literatura sobre o delirium, existe ainda uma escassez de estudos sobre esta síndrome em contexto de Atenção Primária à Saúde (APS)¹⁰.

Deste modo, é fundamental que qualquer profissional de saúde, nomeadamente na APS, esteja apto para prevenir, diagnosticar e intervir precocemente nas situações de delirium, de forma a minorar as suas consequências.

Assim, este trabalho tem como objetivo principal a realização de uma revisão sobre o delirium, propondo uma abordagem diagnóstica e terapêutica orientada para a APS, com especial enfoque no rastreio rápido e eficaz dos pacientes de risco.

Métodos

Foi efetuada uma revisão da literatura de artigos publicados entre janeiro de 2008 e dezembro de 2020, utilizando as bases de dados PubMed e Scielo com a palavra-chave “delirium” combinada com “primary health care” ou “general practice”. Foram considerados estudos publicados em inglês ou português e excluídos artigos de opinião, editoriais, cartas ao editor e notícias. Foram também consultadas referências primárias de artigos selecionados, livros de texto e guidelines para completar a informação apresentada.

Os artigos encontrados na pesquisa foram analisados, primeiro por leitura do respectivo título e resumo e, posteriormente, por leitura integral do artigo, tendo sido excluídos aqueles que não se adequassem ao objetivo do trabalho.

Os artigos e documentos incluídos nesta revisão foram analisados, de acordo com as seguintes temáticas: características clínicas do delirium, métodos de rastreio e diagnóstico, abordagem e orientação terapêutica e medidas preventivas.

Resultados

A pesquisa resultou num total de 559 artigos, dos quais 27 eram artigos duplicados, 40 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão e 320 foram excluídos após leitura do título e resumo por não se adequarem ao objetivo do trabalho. Os restantes 172 foram escolhidos para leitura integral para avaliação de posterior inclusão nesta revisão.

Características clínicas e subtipos de delirium

Com base na definição da DSM-5 percebemos que as características clínicas fundamentais do delirium são o défice da atenção e do estado de consciência, com perturbação da cognição e comportamento, de instalação súbita, flutuação no tempo e possibilidade de reversibilidade se tratada a causa orgânica subjacente^{1,11}. A alteração marcada da atenção em relação a outros processos cognitivos é uma característica essencial e também aquela que nos permitirá fazer a distinção, por exemplo, de uma flutuação do quadro clínico de demência¹²⁻¹⁴.

Para além das características clínicas fundamentais de desatenção e alteração da consciência, podem observar-se outras alterações neuropsiquiátricas que permitem definir três subtipos de delirium: hipoativo, caracterizado por apatia, redução do nível de consciência, redução do débito do discurso e lentificação motora; hiperativo, caracterizado por hipervigilância, aumento da atividade motora, agitação, agressividade e sintomas psicóticos (ideias delirantes e/ou alucinações); e misto que combina características dos anteriores^{11,15}.

Os subtipos mistos e hipoativos são os mais prevalentes em ambiente hospitalar⁹ e também aqueles com pior prognóstico¹¹. Na APS, a maioria manifesta-se como delirium hiperativo^{10,16}, já que são normalmente pacientes com patologia menos grave e fisicamente mais capazes de manifestar agitação psicomotora^{10,17}.

Diagnóstico

A primeira premissa para um diagnóstico e intervenção precoce é saber quando suspeitar. O diagnóstico de delirium assenta num alto nível de suspeição e num exame clínico criterioso. Este deve incluir a história clínica do paciente, a avaliação do seu estado cognitivo prévio e actual, a observação clínica dos sintomas, com utilização de instrumentos de avaliação de delirium estandardizados, e a realização de exame físico (singular) e exames laboratoriais para identificação da causa subjacente¹⁸.

A possibilidade de existência de delirium deve ser considerada em todas as consultas de rotina de pacientes com demência ou idade avançada, principalmente naqueles que tiverem internamento recente, já que mais de metade dos diagnósticos de delirium detetados na APS está associada a hospitalização recente¹⁷. Este diagnóstico após a alta está associado a uma enorme vulnerabilidade no domicílio e a uma elevada taxa de readmissão hospitalar⁸, pelo que o médico de família tem um papel crucial na deteção, gestão dos sintomas com os cuidadores e eviçãõ da utilização desnecessária dos cuidados de saúde.

No caso dos pacientes com demência, principalmente nos casos mais avançados da doença, poderá ser difícil distinguir as características de delirium dos défices cognitivos e das alterações comportamentais da demência^{6,16,17}. Nestes pacientes, a agitação psicomotora de novo, deve sempre levantar a suspeita de delirium, principalmente se associada a perturbações do ciclo sono-vigília, labilidade emocional e défices marcados do processamento do pensamento^{12,16}.

Fatores de risco

Atualmente defende-se um modelo multifactorial em que o desenvolvimento de delirium está dependente da inter-relação complexa entre fatores predisponentes que tornam os pacientes mais vulneráveis quando são expostos a diversos eventos ou danos (fatores precipitantes)² (Tabela 1).

Deste modo, o doente idoso, por normalmente apresentar vários fatores predisponentes, é mais suscetível aos diversos estímulos que estão associados a um internamento hospitalar. Pelo contrário, num paciente jovem e saudável serão necessários múltiplos fatores precipitantes para que se desenvolva um episódio de delirium¹.

Assim, em primeiro lugar importa ter em consideração estes fatores predisponentes. Destes, os principais fatores de risco independentes são a presença e gravidade da demência, a idade avançada e o sexo masculino^{10,19,20}. Na população idosa, por exemplo, a prevalência de delirium aumenta de uma forma geral para 50% dos idosos hospitalizados² e para 14% dos pacientes com mais de 85 anos a viver em comunidade⁵.

No caso da demência, existe uma clara relação bidirecional com delirium, tanto do ponto de vista patofisiológico como clínico^{21,22}. Por um lado, a demência é um fator de risco major para delirium^{5,19}. Por outro, o próprio delirium parece ser um fator de risco tanto para o desenvolvimento de declínio cognitivo e demência a longo prazo como para a aceleração do processo fisiopatológico da doença de base^{4,19,22-26}.

Dentro dos pacientes com demência neurodegenerativa, a doença cerebrovascular confere maior vulnerabilidade para delirium²⁷. Também a presença de sintomas comportamentais e psicológicos de demência parece contribuir para maior incidência de delirium, recuperação mais lenta e pior desempenho cognitivo posterior¹⁶.

Os fatores precipitantes também estão bem estabelecidos. Nos pacientes hospitalizados, a polimedicação e o uso de contenção física parecem ser os fatores mais importantes².

No caso da comunidade, destaca-se a patologia infecciosa como a principal causa²⁸, nomeadamente as infeções urinárias e respiratórias. O delirium induzido por fármacos tem também uma prevalência ainda considerável de 12-39% dos casos^{10,17}. Apesar de praticamente todos os fármacos poderem ser potenciais precipitantes de delirium, as benzodiazepinas, agonistas dopaminérgicos, relaxantes musculares, neuroléticos e escopolamina são alguns dos que apresentam maior risco. Os antidepressivos inibidores

selectivos da recaptação de serotonina podem causar delirium quer diretamente pelo efeito serotoninérgico, quer indiretamente pela possibilidade de causarem hiponatremia no idoso ²⁸.

Tabela 1. Fatores predisponentes e precipitantes de delirium

Fatores predisponentes	
Idade avançada (mais de 70 anos)	Imobilidade
Presença e gravidade da demência	Alcoolismo ou outras perturbações aditivas
Sexo masculino	Dor crónica
Défice cognitivo	Desidratação
Défice da acuidade visual ou auditiva	História prévia de delirium
Medicação / polimedicação	Co-morbilidades (AVC, depressão, doença renal ou hepática)
Fatores precipitantes	
Infeções (ITU, pneumonia)	Uso de medidas de contenção física
Alterações metabólicas (falência hepática, DRC, desequilíbrios hidroeletrólíticos, desidratação, hipo/hiperglicemia, hipóxia)	Causas iatrogénicas (medicações, polimedicação, inserção de sonda vesical, status pós-operatório, internamento prolongado)
Deficiências vitamínicas (Vitamina B12, tiamina)	Dor aguda
Doenças endócrinas (disfunção tiroideia, Síndrome Cushing)	Causa intracraniana (trauma, tumor, abscesso, hemorragia subaracnoideia, epilepsia)
Distúrbios de excreção (Obstipação, impactação fecal, retenção urinária)	Alterações do ambiente (internamento ou institucionalização, mudança de casa)
Abuso de substâncias (intoxicação ou abstinência alcoólica, abstinência de barbitúricos)	

Legenda: AVC – Acidente Vascular Cerebral; ITU – Infecção do trato urinário; DRC – Doença renal crónica. Adaptado de Inouye et al², Moraga et Rodriguez-Pascual¹¹, Lixouriotis e Peritogiannis¹⁰, Gual et al¹⁹ e Flaherty²⁸

Métodos de rastreio

Existem várias explicações para a alta taxa de subdiagnóstico de delirium. O desconhecimento concreto do seu diagnóstico pelos profissionais de saúde é uma delas. Por outro lado, a ausência de rastreio de rotina é provavelmente a principal razão.

Neste sentido, as linhas de orientação internacionais do National Institute for Health Care and Excellence (NICE) recomendam uma avaliação diária do estado cognitivo e comportamental de todos os pacientes hospitalizados ou institucionalizados, de modo a identificar precocemente pequenas alterações ou flutuações ²⁹. Existem poucas orientações para a APS, mas a avaliação cognitiva formal em todas as consultas de um paciente com demência ou idoso frágil, com recurso a questionários como o Mini Mental State Examination (MMSE) poderá ser benéfica ², até porque permite avaliar a progressão da capacidade cognitiva e pode servir como um instrumento de avaliação de risco. De facto, por cada ponto perdido no MMSE, aumenta em 5% a probabilidade de delirium no futuro ³⁰. No entanto, esta escala não deve ser usada para rastreio ou diagnóstico de delirium.

Efetivamente, para rastreio é consensual que se deve dar primazia a um teste simples com elevada sensibilidade, para minimizar o risco de casos não diagnosticados ³¹, como é o caso do da Confusion Assessment Method (CAM), dos testes de atenção ou da Escala de Sedação e Atenção de Richmond que falamos de seguida.

A escala mais usada e recomendada para identificação de delirium ^{29,32} é a (CAM) que avalia quatro características cardinais do delirium: 1) início agudo e curso flutuante, 2) desatenção, 3) pensamento desorganizado e 4) alteração do nível de consciência.

A CAM é o método de rastreio e diagnóstico de delirium com maior evidência para uso na prática clínica e em investigação. Está recomendado para ser usado à cabeceira do paciente em cerca de 5-10

minutos e a sua aplicação pode ser feita por qualquer profissional de saúde desde que previamente treinado no seu uso^{33,34}. O material necessário para utilização e formação está disponível online de forma gratuita³⁵.

Esta escala está traduzida para português e validada para a população portuguesa e brasileira, tendo apresentado boas propriedades psicométricas, nomeadamente uma sensibilidade de 79%-94,1% e excelente especificidade de 96.4%-99%, assim como uma excelente fiabilidade inter-observador^{36,37}. Apesar de estar apenas validada em contexto hospitalar e em casa de repouso³², médicos de família com formação adequada para a utilização da CAM têm acuidade diagnóstica semelhante a uma avaliação formal por psiquiatria reforçando a possibilidade de utilização por estes profissionais³⁸.

No rastreio do delirium, a avaliação da atenção, característica cardinal, é crucial¹⁴. Para além de permitir distinguir de outras alterações da cognição como referido previamente, a avaliação da atenção tem ainda a vantagem de não implicar o conhecimento do estado cognitivo de base do paciente, podendo ser avaliada de forma dirigida numa simples conversa ou com recurso a alguns testes de avaliação simples e rápidos²⁸.

Existem vários testes que podem facilmente ser usados, por exemplo: solicitar ao paciente que diga os dias da semana ou os meses do ano em sentido inverso, que faça uma série de setes (uma série de números somando 7 ao número anterior sucessivamente) ou que assinale sempre que o examinador diz a letra "A" no meio de uma série aleatória de 60 letras. Porém, não está ainda esclarecido qual o melhor método, principalmente na presença de demência em comorbilidade^{2,14,33}. Isto porque a maioria dos testes existentes para avaliar a atenção, avalia também outras funções cognitivas como a função executiva ou capacidades aritméticas¹⁴.

Um estudo de Voyer *et al* avaliou idosos institucionalizadas e concluiu que a tarefa "meses do ano ao contrário" apresenta a melhor relação entre sensibilidade e especificidade³³. Um outro estudo verificou também que este é o melhor teste isolado para avaliação da atenção no rastreio de delirium em idosos com défice cognitivo³¹.

Uma revisão de Tiegues *et al* confirma a eficácia da avaliação da atenção sustentada para distinguir o delirium sobreposto a demência da demência em si e aponta os seguintes testes como as melhores ferramentas: pedir ao paciente que repita uma série de números em ordem inversa, que repita por ordem uma sequência de blocos selecionados pelo examinador num quadro (teste de extensão espacial direta) ou que risque numa lista de vários algarismos repetidos apenas um ou dois dígitos indicados pelo examinador (teste de cancelamento de dígitos)¹⁴.

Estes testes, pela sua alta sensibilidade, permitem diminuir os falsos negativos, mas a baixa especificidade reforça a necessidade de confirmação diagnóstica^{31,33}. Assim, a avaliação do delirium deverá sempre incluir o recurso a um teste de rastreio de delirium (ex. CAM), após uma avaliação cognitiva breve, com ênfase na avaliação da atenção, seguida de confirmação diagnóstica.

Existe ainda a possibilidade de utilizar a Escala de Sedação e Agitação de Richmond modificada (mRASS) que implica a observação do paciente para avaliar os níveis de atenção, arousal (despertar), agitação, sedação e de consciência. É também uma escala rápida de aplicar e sem necessidade de conhecer o estado cognitivo de base do paciente⁶. Porém, apesar de existir validação para a língua portuguesa da escala original³⁹, não existe ainda tradução da sua versão modificada que inclui a avaliação da atenção, o parâmetro mais importante neste contexto.

Confirmação diagnóstica

Após a suspeita de delirium, o passo seguinte deverá ser a colheita da história clínica que deve incluir a avaliação do início e curso do estado confusional, a história medicamentosa completa e comorbilidades médicas e psiquiátricas¹⁰.

É importante fazer uma relação entre o estado cognitivo e funcional atual e prévio. Como nem sempre existe este registo, a anamnese com um familiar ou cuidador que possa informar acerca do estado cognitivo prévio do paciente ou acerca da evolução das alterações do estado mental pode ser muito útil⁴⁰.

O exame físico também deve ser exaustivo e completo². O objetivo é a exclusão de causas mais frequentes como infeções, desidratação ou patologia que cause dor. No caso do idoso, as doenças podem ter uma apresentação atípica e o delirium pode ser o sinal de um enfarte agudo do miocárdio ou de um acidente vascular cerebral ^{2,28}.

Na maior parte das vezes, não será necessária a realização de exames auxiliares de diagnóstico e o pedido dos mesmos nunca deve atrasar o início do tratamento. Quando pedidos, estes devem ser orientados pela suspeita etiológica com base na história clínica e exame físico, podendo incluir: hemograma completo, exame sumário de urina, ionograma, glicemia capilar, gasometria arterial, função tiroideia, renal e hepática, eletrocardiograma, entre outros².

Abordagem terapêutica

O delirium deve ser encarado como uma emergência médica e, como tal, a primeira prioridade é garantir a segurança do paciente enquanto se procura identificar e corrigir a causa subjacente. Neste caso específico, devemos proteger a via aérea, manter hidratação e nutrição adequadas e garantir um ambiente seguro, evitando medidas de imobilização e contenção física ^{2,28}.

O mais importante é tratar a causa de base, ou seja o fator precipitante que pode ser uma infeção urinária ou um episódio de agudização de dor por exemplo². Pela alta probabilidade de ser um evento multifactorial, a presença de delirium implica uma investigação de todas as causas possíveis e a vigilância é obrigatória mesmo após a primeira causa potencial ter sido identificada e corrigida ^{5,28}. Deve ainda ser garantida a continuação de cuidados já que o delirium pode durar de horas a meses e persistir algum tempo após correção do fator precipitante ^{41,42}.

Para além do tratamento da doença médica de base, é importante descontinuar ou reduzir a dose de fármacos delirogénicos e garantir a correção de outros fatores de risco predisponentes referidos na Tabela 1 ². O tratamento farmacológico específico para as alterações psicomotoras associadas ao delirium deve ser reservado para casos graves em que a agitação extrema ponha em causa o tratamento médico essencial, quando haja a presença de sintomas psicóticos ou a possibilidade de auto ou heteroagressividade ². Como opções, os antipsicóticos haloperidol, risperidona, aripirazole e olanzapina parecem ter eficácia semelhante embora os efeitos laterais sejam diferentes^{29,43}. No entanto, uma vez que estes fármacos não mostram evidência de melhorar o prognóstico, podendo mesmo prolongar o delirium e agravar as suas consequências, devem sempre ser usados na menor dose e tempo possíveis ^{2,28}.

De uma forma geral, a maioria dos casos pode ser tratada com sucesso a nível da APS, exceto nos casos em que a gravidade da condição médica subjacente, da agitação ou a ausência de resposta ao tratamento inicial justifiquem referência para um serviço de urgência ¹⁰. Não existem orientações precisas para seguimento destes doentes após o diagnóstico e tratamento na APS, pelo que os autores recomendam uma re-avaliação a curto prazo da evolução dos sintomas bem como um reforço das medidas de prevenção de episódios futuros conforme descrito de seguida.

Prevenção

O tratamento adequado e precoce do delirium está associado a uma melhor cognição durante o follow-up mas muitas vezes os pacientes não voltam ao estado cognitivo pré-delirium ⁴⁴.

Deste modo, a prevenção do delirium deve ser uma prioridade para evitar a deterioração cognitiva, especialmente no caso das populações mais vulneráveis ²⁰, mais ainda sabendo que 30-40% dos casos de delirium são preveníveis ².

Tendo como base o modelo multifactorial do delirium, é possível identificar os pacientes de alto-risco, para se instituir estratégias proativas de prevenção ². As estratégias mais usadas recorrem a intervenções multifacetadas. O objetivo principal é abordar todos os potenciais fatores de risco para delirium, predisponentes ou precipitantes, com ênfase nas medidas não-farmacológicas. Embora a maioria dos estudos que comprova a sua eficácia sejam em contexto hospitalar, também há evidência no caso de pacientes em instituições de longa duração e potencial para a aplicação em ambulatório ^{22,45}.

No cuidado diário destes pacientes, deve-se promover a diminuição do uso de fármacos psiquiátricos, fomentar a mobilização precoce, a reabilitação motora, garantir a hidratação e nutrição adequadas, aconselhar o uso de óculos e aparelho auditivo, garantir o controlo adequado da dor, o tratamento precoce de infeções e evitar causas iatrogénicas, como a utilização de sonda vesical ou restrição física desnecessárias ^{2,22,44,46}.

Como exemplo, a abordagem TADA, aplicável para pacientes com risco ou já com delirium estabelecido, defende os princípios “tolerar, antecipar e não agitar”. O objetivo é fomentar uma política de tolerância de atos potencialmente perigosos desde que sob observação (como retirar um tubo nasogástrico), antecipar potenciais atitudes, prevenir complicações e eliminar fatores agitadores como barulho ²⁸.

Uma outra estratégia multicomponental já implementada em vários países é o Hospital Elder Life Program (HELP)⁴⁷, reconhecido como a melhor prática para a manutenção das funções físicas e cognitivas durante uma hospitalização. Fora do contexto hospitalar, recentemente uma equipa apostou na formação de profissionais dos cuidados domiciliários para uma continuidade de cuidados após a alta. Este programa Bundled HELP instituiu protocolos para o ambulatório de prevenção de delirium e prevenção de declínio funcional e provou uma diminuição significativa das taxas de readmissão hospitalar aos 30 dias⁴⁸, aguardando-se novos estudos para que sejam tiradas melhores conclusões da aplicabilidade na APS onde ainda existe pouca informação.

Efetivamente, está provado que a deteção do delirium pode ser melhorada aumentando a formação dos profissionais na área⁴⁹. Mas, para garantir a continuidade de cuidados, para além da formação dos profissionais é importante investir na formação dos familiares e/ou cuidadores para que sejam capazes de prevenir, reconhecer precocemente e intervir dentro do possível num futuro episódio. Adicionalmente, durante o episódio eles são cruciais para ajudar na comunicação com o paciente, na sua reorientação e na manutenção de um ambiente seguro e conhecido⁵⁰.

Considerações finais

Seja no consultório ou através da visita domiciliária, a APS tem um papel essencial na prevenção, diagnóstico precoce e orientação terapêutica do delirium. O desenvolvimento de programas sistemáticos de formação e rastreio que envolvam uma equipa multidisciplinar e a formação dos cuidadores podem ser a chave do sucesso para reduzir a incidência de delirium e as suas consequências ⁷.

O objetivo será sempre prevenir, identificar e tratar precocemente o delirium, contribuindo deste modo para manter um envelhecimento ativo e saudável destes idosos que vivem na comunidade. Nesse sentido, propõe-se um algoritmo de abordagem consoante o exposto na Figura 1, adaptado para os profissionais da APS.

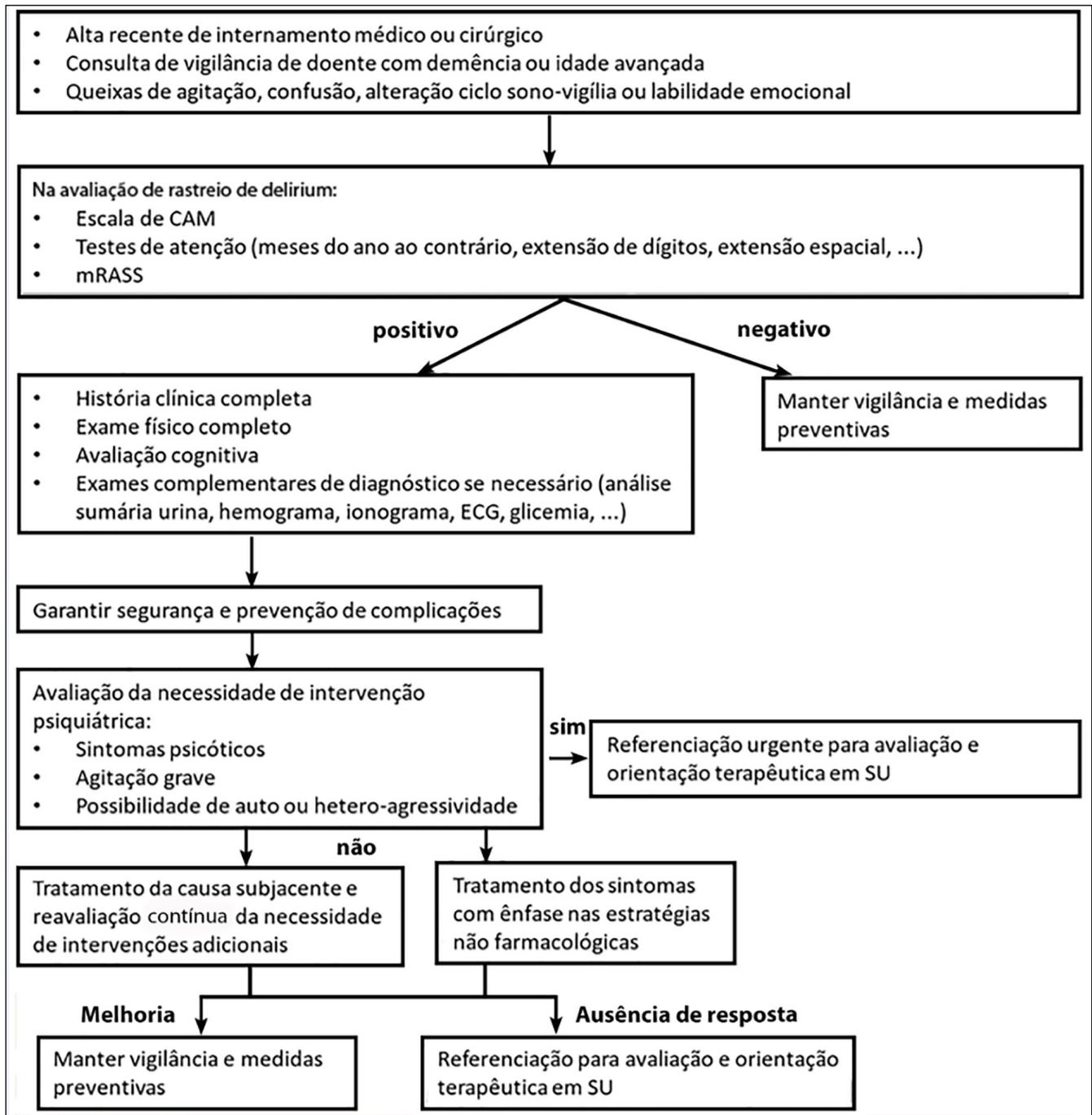


Figura 1. Proposta de algoritmo de abordagem para diagnóstico e tratamento de delirium na Atenção Primária à Saúde
 Legenda: CAM – Confusion Assessment Method; mRASS – Escala de Agitação e Sedação de Richmond modificada; ECG – eletrocardiograma; SU – serviço de urgência

Conflitos de interesses

Todos os autores negam qualquer conflito de interesses com o presente manuscrito.

Contribuições dos autores

Concepção e delineamento do estudo: LA e NM

Aquisição, análise e organização dos dados: LA

Redação preliminar: LA

Revisão crítica da versão preliminar: LA, NM, SM e LF

Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho

Referências Bibliográficas

1. American Psychiatric Association, editor. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
2. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet Lond Engl*. 8 de Março de 2014;383(9920):911–22. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)
3. Raju K, Coombe-Jones M. An overview of delirium for the community and hospital clinician: Delirium. *Prog Neurol Psychiatry*. Novembro de 2015;19(6):23–7. DOI: <https://doi.org/10.1002/pnp.406>
4. Fong TG, Davis D, Growdon ME, Albuquerque A, Inouye SK. The interface between delirium and dementia in elderly adults. *Lancet Neurol*. Agosto de 2015;14(8):823–32. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00101-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00101-5)
5. DeMers S, Dinsio K, Carlson W. Psychiatric care of the older adult: an overview for primary care. *Med Clin North Am*. Setembro de 2014;98(5):1145–68. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.06.010>
6. Morandi A, Han JH, Meagher D, Vasilevskis E, Cerejeira J, Hasemann W, et al. Detecting Delirium Superimposed on Dementia: Evaluation of the Diagnostic Performance of the Richmond Agitation and Sedation Scale. *J Am Med Dir Assoc*. Setembro de 2016;17(9):828–33. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.05.010>
7. Holden J, Jayathissa S, Young G. Delirium among elderly general medical patients in a New Zealand hospital. *Intern Med J*. Agosto de 2008;38(8):629–34. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2007.01577.x>
8. LaHue SC, Douglas VC, Kuo T, Conell CA, Liu VX, Josephson SA, et al. Association between Inpatient Delirium and Hospital Readmission in Patients ≥ 65 Years of Age: A Retrospective Cohort Study. *J Hosp Med*. Abril de 2019;14(4):201–6.
9. Oldham MA, Flanagan NM, Khan A, Boukrina O, Marcantonio ER. Responding to Ten Common Delirium Misconceptions With Best Evidence: An Educational Review for Clinicians. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. Janeiro de 2018;30(1):51–7. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.17030065>
10. Lixouriotis C, Peritogiannis V. Delirium in the primary care setting: Delirium in the primary care setting. *Psychiatry Clin Neurosci*. Fevereiro de 2011;65(1):102–4. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2010.02165.x>
11. Moraga AV, Rodriguez-Pascual C. Accurate diagnosis of delirium in elderly patients: *Curr Opin Psychiatry*. Maio de 2007;20(3):262–7. DOI: <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3280ec52e5>
12. Meagher DJ, Leonard M, Donnelly S, Conroy M, Saunders J, Trzepacz PT. A comparison of neuropsychiatric and cognitive profiles in delirium, dementia, comorbid delirium-dementia and cognitively intact controls. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. Agosto de 2010;81(8):876–81. DOI: <https://doi.org/10.1136/jnnp.2009.200956>
13. Leonard M, McNerney S, McFarland J, Condon C, Awan F, O'Connor M, et al. Comparison of cognitive and neuropsychiatric profiles in hospitalised elderly medical patients with delirium, dementia and comorbid delirium-dementia. *BMJ Open*. 8 de Março de 2016;6(3):e009212. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009212>
14. Tiegues Z, Brown LJE, MacLulich AMJ. Objective assessment of attention in delirium: a narrative review. *Int J Geriatr Psychiatry*. Dezembro de 2014;29(12):1185–97. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.4131>
15. Rafaela D, Cerejeira J. Delirium. Em: *Saúde Mental das Pessoas Mais Velhas*. Lidel-Edições Técnicas, Lda. Lisboa: Lidel; 2016. p. 291–304.
16. Abengana J, Chong MS, Tay L. Delirium superimposed on dementia: phenomenological differences between patients with and without behavioral and psychological symptoms of dementia in a specialized delirium unit. *Int Psychogeriatr*. Março de 2017;29(3):485–95.
17. Addesi D, Maio R, Smirne N, Lagana V, Altomari N, Puccio G, et al. Prevalence of Delirium in a Population of Elderly Outpatients with Dementia: A Retrospective Study. *J Alzheimers Dis JAD*. 2018;61(1):251–7. DOI: <https://doi.org/10.3233/JAD-170339>

18. Young R, Arseven A. Diagnosing Delirium. *JAMA*. 2010;304(19):2124–7. PMID: 21081723 DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1617>
19. Gual N, Morandi A, Perez LM, Britez L, Burbano P, Man F, et al. Risk Factors and Outcomes of Delirium in Older Patients Admitted to Postacute Care with and without Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2018;45(1–2):121–9. PMID: 29723848 DOI: <https://doi.org/10.1159/000485794>
20. Fick DM, Steis MR, Waller JL, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia is associated with prolonged length of stay and poor outcomes in hospitalized older adults. *J Hosp Med*. Setembro de 2013;8(9):500–5. DOI: <https://doi.org/10.1002/jhm.2077>
21. Young J, Inouye SK. Delirium in older people. *BMJ*. 21 de Abril de 2007;334(7598):842–6. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.39169.706574.AD>
22. McCusker J, Cole MG, Voyer P, Monette J, Champoux N, Ciampi A, et al. Six-Month Outcomes of Co-Occurring Delirium, Depression, and Dementia in Long-Term Care. *J Am Geriatr Soc*. Dezembro de 2014;n/a-n/a. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.13159>
23. Krogseth M, Watne LO, Juliebo V, Skovlund E, Engedal K, Frihagen F, et al. Delirium is a risk factor for further cognitive decline in cognitively impaired hip fracture patients. *Arch Gerontol Geriatr*. Junho de 2016;64:38–44. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.12.004>
24. Chagas NMS, Borges DGS, Chagas MHN. Delirium como fator de risco para demência em idosos: uma atualização. *J Bras Psiquiatr*. Março de 2016;65(1):94–8. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000109>
25. Fick DM, Agostini JV, Inouye SK. Delirium Superimposed on Dementia: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. Outubro de 2002;50(10):1723–32. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50468.x>
26. Garcez FB, Apolinario D, Campora F, Curiati JAE, Jacob-Filho W, Avelino-Silva TJ. Delirium and post-discharge dementia: results from a cohort of older adults without baseline cognitive impairment. *Age Ageing*. 1 de Novembro de 2019;48(6):845–51. DOI: <https://doi.org/10.1093/ageing/afz107>
27. Hasegawa N, Hashimoto M, Yuuki S, Honda K, Yatabe Y, Araki K, et al. Prevalence of delirium among outpatients with dementia. *Int Psychogeriatr*. Novembro de 2013;25(11):1877–83. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610213001191>
28. Flaherty JH. The evaluation and management of delirium among older persons. *Med Clin North Am*. Maio de 2011;95(3):555–77, xi. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2011.02.005>
29. NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence. Delirium: prevention, diagnosis and management (CG103). 2010.
30. Davis DHJ, Skelly DT, Murray C, Hennessy E, Bowen J, Norton S, et al. Worsening Cognitive Impairment and Neurodegenerative Pathology Progressively Increase Risk for Delirium. *Am J Geriatr Psychiatry*. Abril de 2015;23(4):403–15. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.08.005>
31. O'Regan NA, Ryan DJ, Boland E, Connolly W, McGlade C, Leonard M, et al. Attention! A good bedside test for delirium? *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. Outubro de 2014;85(10):1122–31. DOI: <https://doi.org/10.1136/jnnp-2013-307053>
32. Wong CL, Holroyd-Leduc J, Simel DL, Straus SE. Does This Patient Have Delirium?: Value of Bedside Instruments. *JAMA*. 18 de Agosto de 2010;304(7):779.
33. Voyer P, Champoux N, Desrosiers J, Landreville P, Monette J, Savoie M, et al. Assessment of inattention in the context of delirium screening: one size does not fit all! *Int Psychogeriatr*. Agosto de 2016;28(8):1293–301. PMID: 27004924 DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610216000533>
34. Laurila JV, Pitkala KH, Strandberg TE, Tilvis RS. Confusion assessment method in the diagnostics of delirium among aged hospital patients: Would it serve better in screening than as a diagnostic instrument? *Int J Geriatr Psychiatry*. Dezembro de 2002;17(12):1112–9. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.753>
35. American Geriatric Society. American Geriatric Society CoCare®: HELP [Internet]. 2019. Disponível em: <https://help.agscicare.org/>
36. Martins S, Lourenço C, Pinto-de-Sousa J, Conceição F, Paiva JA, Simões MR, et al. Validation study of the European Portuguese version of the Confusion Assessment Method (CAM). *Int Psychogeriatr*. 2015;27(5):777–84. PMID: 25275655 DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610214001926>
37. Fabbri RMA, Moreira MA, Garrido R, Almeida OP. Validity and reliability of the Portuguese version of the Confusion Assessment Method (CAM) for the detection of delirium in the elderly. *Arq Neuropsiquiatr*. Junho de 2001;59(2A):175–9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2001000200004>
38. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Bookamana P, Pinyopornpanish M, Maneeton B, Lerttrakarnnon P, et al. Diagnosing delirium in elderly Thai patients: utilization of the CAM algorithm. *BMC Fam Pract*. 1 de Julho de 2011;12:65.
39. Nassar Junior AP, Pires Neto RC, Figueiredo WB de, Park M. Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. *Sao Paulo Med J*. Julho de 2008;126(4):215–9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-31802008000400003>

40. Martins S, Fernandes L. Delirium in Elderly People: A Review. *Front Neurol* [Internet]. 2012 [citado 30 de Setembro de 2018];3. Disponível em: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fneur.2012.00101/abstract> PMID: 22723791 DOI: <https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00101>
41. Cole MG, McCusker J, Voyer P, Monette J, Champoux N, Ciampi A, et al. Symptoms of delirium predict incident delirium in older long-term care residents. *Int Psychogeriatr*. Junho de 2013;25(6):887–94. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610213000215>
42. Pisani MA, Murphy TE, Araujo KLB, Van Ness PH. Factors associated with persistent delirium after intensive care unit admission in an older medical patient population. *J Crit Care*. Setembro de 2010;25(3):540.e1-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2010.02.009>
43. Boettger S, Jenewein J, Breitbart W. Haloperidol, risperidone, olanzapine and aripiprazole in the management of delirium: A comparison of efficacy, safety, and side effects. *Palliat Support Care*. Agosto de 2015;13(4):1079–85. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951514001059>
44. Deschodt M, Braes T, Flamaing J, Detroyer E, Broos P, Haentjens P, et al. Preventing delirium in older adults with recent hip fracture through multidisciplinary geriatric consultation. *J Am Geriatr Soc*. Abril de 2012;60(4):733–9. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03899.x>
45. Voyer P, Richard S, Doucet L, Cyr N, Carmichael P-H. Examination of the multifactorial model of delirium among long-term care residents with dementia. *Geriatr Nurs NY N*. Abril de 2010;31(2):105–14. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2009.12.001>
46. Morandi A, McCurley J, Vasilevskis EE, Fick DM, Bellelli G, Lee P, et al. Tools to Detect Delirium Superimposed on Dementia: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. Novembro de 2012;60(11):2005–13. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04199.x>
47. Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, et al. A Multicomponent Intervention to Prevent Delirium in Hospitalized Older Patients. *N Engl J Med*. 4 de Março de 1999;340(9):669–76. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJM199903043400901>
48. Simpson M, Macias Tejada J, Driscoll A, Singh M, Klein M, Malone M. The Bundled Hospital Elder Life Program-HELP and HELP in Home Care-and Its Association With Clinical Outcomes Among Older Adults Discharged to Home Healthcare. *J Am Geriatr Soc*. Agosto de 2019;67(8):1730–6. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.15979>
49. Welch C, Jackson TA. Can delirium research activity impact on routine delirium recognition? A prospective cohort study. *BMJ Open*. 31 de Outubro de 2018;8(10):e023386. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023386>
50. Martins S, Simões M, Fernandes L. O Impacto do Delirium na Família/Cuidadores. *Rev Port Enferm Saúde Ment*. Dezembro de 2013;10:43–8. DOI: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0053>