

Anexo G – Diretriz clínica para prevenção e tratamento do *delirium* em pacientes internados em serviços de pacientes em condições agudas e de cuidados gerais

Luciana Santos de Carvalho e Isabela Ribeiro Simões de Castro

O *delirium* é um distúrbio neurocognitivo comum, marcado pela desatenção e falha da consciência, que se desenvolve em um curto período de tempo. Dois fatores de risco marcam a predisposição comum para o *delirium*: a idade avançada e a demência. Em geral, a *prevalência* de *delirium* em ambientes hospitalares varia de 18 a 35%, de 26 a 62% em unidades de cuidados paliativos, e de 30 a 70% em cuidados intensivos, dependendo do perfil de pacientes e dos métodos de avaliação (Bush et al. 2017).

O objetivo da diretriz clínica para prevenção e tratamento do *delirium* é identificar pacientes com fatores de risco para *delirium*, diagnosticar e tratar prontamente as causas do *delirium* seguindo protocolos. O nível de evidência (Cochrane) dos resultados com o uso da diretriz é III. O tempo para implantação do protocolo é de um a dois anos. A dificuldade de implantação é média e depende de diversas áreas e da cultura existente na organização de saúde. Os impactos do uso da diretriz são:

- ✿ Redução de custo
- ✿ Redução de danos
- ✿ Redução de tempo de internação em unidades intensivas (medido nos últimos seis meses)
- ✿ Redução de readmissões (no período de 30 dias)

As consequências do *delirium* são déficits anatômicos, desequilíbrio (em razão de alterações nos níveis de serotonina, acetilcolina e deficiência de dopamina). Essas alterações podem ser secundárias a: redução no metabolismo cerebral; doença intracraniana primária; doenças sistêmicas; infecção secundária do cérebro; agentes tóxicos exógenos; retirada de drogas e substâncias de uso crônico, tais como álcool ou agentes sedativo-hipnóticos; hipoxemia; distúrbios metabólicos; e a administração de medicamentos psicoativos, como os benzodiazepínicos.

Itens relevantes das diretrizes clínicas do *Critical Care Medicine* sobre *delirium*

As ações estratégicas são:

- * Avaliar o risco de todos os pacientes internados em unidades agudas e de cuidados gerais.
- * Reconhecer sinais e sintomas precocemente.
- * Tratar farmacologicamente o *delirium*.

As ações mais operacionais são:

- * Identificar pacientes com fatores de risco:
 - variáveis não controláveis: idade e gravidade da doença existente (pré-existência de demência);
 - variáveis controláveis: coma, uso de benzodiazepínicos, histórico de alcoolismo.
- * Manter familiares e cuidadores próximos o maior tempo possível.
- * Restituir óculos e aparelho auditivo o mais cedo possível.
- * Manter ambiente silencioso e com janelas para percepção de luz do dia.
- * Evitar excesso de claridade ou escuridão total à noite.
- * Manter relógios, calendários e itens pessoais.
- * Não acordar à noite para administrar medicação ou aferir sinais vitais, a menos que seja estritamente necessário.
- * Não interromper medicamentos psicoativos de uso habitual.
- * Proporcionar analgesia e hidratação adequada no pós-operatório.
- * Evitar contenção no leito/cama, a não ser quando for estritamente necessário para preservar a segurança do paciente.
- * Mobilizar o paciente precocemente no leito/cama.
- * Utilizar, preferencialmente, as ferramentas validadas para monitoramento do *delirium* em pacientes internados em unidades intensivas e clínicas como: *The Confusion Assessment Method for the ICU* - CAM-ICU ou *The Intensive Care Delirium Screening Checklist* – ICDSC.
- * Familiarizar o paciente com o ambiente, reforçando as orientações de uso de óculos e aparelhos auditivos, conforme necessário.

Resultados de estudos demonstram que altos níveis de ruídos, incluindo aqueles oriundos dos alarmes, não apenas interferem no cuidado, mas possuem, também, efeitos deletérios para a recuperação dos pacientes internados em terapia intensiva e na saúde dos profissionais que atuam nesses setores (Sampaio Neto et al. 2010).

- ✿ Promover sono aos pacientes (principalmente àqueles internados em unidades intensivas).
- ✿ Monitorar a retirada do ventilador avaliando nível de consciência, nos casos de pacientes internados em unidades intensivas.

As ações farmacológicas:

- ✿ Evitar o uso de benzodiazepínicos em pacientes em risco de *delirium*, exceto se houver suspeita de abstinência desse tipo de droga.
- ✿ Não usar rivastigmina para reduzir a duração do *delirium*.
- ✿ Não utilizar haloperidol ou psicóticos atípicos para prevenir *delirium*.
- ✿ Evitar o uso de antipsicóticos em pacientes com prolongamento do segmento QT, história de Torsades de Pointes (taquicardia ventricular caracterizada por flutuação dos complexos QRS, tipicamente causada por um intervalo QT prolongado e podendo estar associada à administração de antipsicóticos) e em pacientes que recebem medicações para o prolongamento de segmento QT.
- ✿ Usar dexmedetomidina em vez de infusões de benzodiazepínicos, quando a sedação for necessária em pacientes críticos com *delirium*, a menos que esteja relacionado ao álcool ou à retirada de benzodiazepínicos.
- ✿ Estudos recentes apontam efeitos positivos da melatonina na prevenção do *delirium* em pacientes idosos. Entretanto, a evidência científica ainda é considerada insuficiente para recomendar o seu uso para redução da incidência do *delirium* em pacientes internados, com 65 anos ou mais (CADTH 2016).

Indicadores utilizados para monitorar a prevenção e tratamento do *delirium* em pacientes internados em unidades agudas e de cuidados gerais:

- ✿ Percentual de pacientes com risco de desenvolver *delirium*.
- ✿ Percentual de pacientes monitorados diariamente para *delirium*.
- ✿ Percentual de pacientes com *delirium* conduzidos por protocolos.

Referências

Agency for Healthcare Research and Quality. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. Rockville (MD): AHRQ; 2001 [citado 2014 ago 25]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html>.

Agostini JV, Baker DI, Inouye SK, Bogardus Jr, ST. Prevention of delirium in older hospitalized patients. In: Agency for Healthcare Research and Quality. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. Rockville (MD): AHRQ; 2001 [citado 2014 ago 25]. Chapter 28. Disponível em: <http://archive.ahrq.gov/clinic/ptsafety/chap28.htm>

Barr J, Fraser GL, Puntillo K. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. Crit Care Med. 2013 Jan;41(1):263-306.

Bush SH, Marchington KL, Agar M, et al. Quality of clinical practice guidelines in delirium: a systematic appraisal. BMJ Open 2017;7:e013809. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013809.

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Sleep medications for the treatment or prevention of delirium: clinical effectiveness and guidelines. Ottawa: CADTH; 2016 Dec 9 [citado 2018 out 20]. Rapid response report. Disponível em: <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2016/RB1046%20Sleep%20Medications%20for%20Delirium%20Final.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention. Medication Safety Program. Atlanta: CDC; 2014 [citado 2014 ago 25]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/medicationsafety/>

Joint Commission. Advancing effective communication, cultural competence, and patient-centered care: a roadmap for the hospital. Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission, 2010 [citado 2014 ago 25]. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/ARoadmapforHospitalsfinalversion727.pdf>

National Priorities Partnership. Palliative care and end-of-life care. Washington, DC: National Quality Forum; 2010 [citado 2014 ago 25]. Disponível em: www.qualityforum.org/Publications/2010/11/Palliative_Care_and_End-of-Life_Care_Convening_Meeting.aspx

Hughes RG, editor. Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 Apr.

Kleinpell RM, Fletcher K, Jennings BM. Reducing functional decline in the hospitalized elderly. In: Hughes RG, editor. Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 Apr [citado 2014 ago 25]. Disponível em: http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nursesbdbk/KleinpellIR_RFDHE.pdf

Vanderbilt University, Center for Health Services Research. ICU Delirium and Cognitive Impairment Study Group: training manual and instructional video. Nashville, TN: VUMC; 2013 [citado 2014 ago 25]. Disponível em: <http://www.icudelirium.org/delirium/monitoring.html>

Yale University. The Hospital Elder Life Program (HELP). New Haven, CT: School of Medicine; 2000 [citado 2014 ago 25]. Disponível em: <http://www.hospitalelderlifeprogram.org/public/patient-family.php>