



DELIRIUM

VIDOTO, Silvana¹; SANTOS, Freitas Greici²; CAMPOS, Zípora de Oliveira³; SILVEIRA, Celso³

Palavras-Chave: Delirium. Idosos. Envelhecimento.

Investigar os eventos que acometem os idosos é de suma importância quando comparados às características sócio demográficas da população, ou seja, a expectativa de vida está aumentando e invertendo a pirâmide etária. A maioria dos estudos que relatam sobre o tema do envelhecimento remete o leitor a buscar uma ressignificação sobre o processo de envelhecer, principalmente aos profissionais da área da saúde, diferenciando de modo implícito e explícito o envelhecimento normal do patológico.

Não obstante, destaca-se o *Delirium*: uma síndrome neuro comportamental também conhecida como confusão mental aguda a qual pode ser desencadeada por inúmeros fatores provocando a alteração transitória da atividade cerebral tem início agudo e flutuante, caracterizada pelo distúrbio do nível da consciência, da cognição, percepção e da linguagem. (MORAES, 2008). A complicação pode apresentar-se em um curto período, comumente reversível, porém ela pode cronificar-se e levar a morte. (PARSON Set AL, 2003). Também, classificada conforme a atividade psicomotora do indivíduo em hipoativo, hiperativo e misto. (MORAES, 2008).

Portanto, o presente estudo tem como intuito aprimorar conhecimentos no que se refere à avaliação de enfermagem ao paciente idoso com diagnóstico de *Delirium*.

Risco específico para delirium em idosos incluem desnutrição, uso de múltiplas medicações, restrição física, cateteres endovenosos, e complicações iatrogênicas como sobrecarga de volume, insuficiência de qualquer sistema orgânico, em especial a insuficiência renal ou hepática, a insuficiência respiratória, onde a infecção oculta é uma causa importante, os pacientes idosos não apresentam febre ou leucocitose como resposta a infecção, por esse motivo deve ser realizada uma avaliação mais cuidadosa. Fatores ambientais como, local não familiar, privação do sono, alteração dos horários, mudanças frequentes de aposento, sobrecarga sensorial ou privação podem agravar o delirium no ambiente hospitalar. A

¹ Acadêmica de Enfermagem. 6º sem.- UNICRUZ- zizycampos@hotmail.com

² Acadêmica de Enfermagem. 6º sem.- UNICRUZ- greicisantos@hotmail.com

³ Acadêmica de Enfermagem. 6º sem.- UNICRUZ-silvidoto@yahoo.com.br

⁴ Docente de Enfermagem- UNICRUZ- ccilveira@hotmail.com



crecente gravidade dos agentes de estresse fisiológico, como queimaduras mais extensas ou operações mais longas, fatores psicossociais, como depressão, estresse psicológico, dor ou falta de apoio social.

Os aspectos fundamentais do delirium incluem início agudo e desatenção, desorientação, déficit cognitivo, agitação ou retardo psicomotor, distúrbios na percepção, tais como alucinações, ilusões e inversão do ciclo sono-vigília. Os idosos ficam desatentos, isto é, têm dificuldade de focalizar, de manter uma conversa e de obedecer a comandos. Em termos objetivos, os pacientes podem apresentar dificuldades para realizar tarefas repetitivas simples, repetir números e falar os meses de trás para frente. Incluem desorganização do raciocínio e alteração do nível de consciência, tipicamente com letargia com menos clareza da percepção do ambiente.

O delirium pode ser classificado em três subtipos, de acordo com a atividade psicomotora do paciente:

HIPERATIVO: Presença de atividade psicomotora aumentada e agitação proeminente. Comumente associado a alucinações visuais, auditivas ou táteis e delusões (hipervigilância, verborria, irritabilidade, euforia, raiva, agressividade, perambulação).

HIPOATIVO: O diagnóstico é mais difícil, pois o paciente encontra-se “deprimido”. O paciente pode apresentar redução da atividade psicomotora, com lentidão e letargia que se aproxima do estupor catatônico (sonolência, apatia, fala lenta e pausada, bradicinesia).

MISTO: Períodos de hipervigilância associados a períodos de apatia e sonolência.

A incidência difere entre os subtipos motores, sendo o mais freqüente o delirium misto (46%), os hipoativos (24%) e os hiperativos (30%).

O Delirium está associado ao aumento da morbimortalidade, do declínio funcional e da imobilidade e suas conseqüências incluindo pneumonia de aspiração, úlceras de pressão, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, infecção urinária e formação de fecaloma onde todos esses fatores contribuem para um diagnóstico ruim em médio e longo prazo nos pacientes idosos.

A investigação diagnóstica compreende duas fases: a identificação do delirium e a busca dos fatores etiológicos. O diagnóstico baseia-se na familiaridade do clínico com as características de apresentação da síndrome e uma avaliação extensa do estado mental e físico do paciente. Uma história cuidadosa é útil para avaliar se existe uma alteração no estado mental basal. O estado físico do paciente é avaliado obtendo-se exames físicos e neurológicos seriados, exames laboratoriais e sinais vitais. Então para a confirmação do delirium devemos realizar a abordagem dos fatores precipitantes como avaliação inicial, citados acima, também



uma revisão de medicamentos, avaliação adicional e a abordagem dos sintomas de delirium como medidas não farmacológicas e abordagem farmacológica.

Uma das primeiras características do delirium ocorre alteração aguda ou flutuação do estado mental, após desatenção e pensamento desorganizado ou alteração do nível de consciência.

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo revisão bibliográfica. A pesquisa foi realizada em artigos científicos do *site* (<http://www.scielo.org>) e em livros que abarcaram o período de 2003 até 2012. Toda revisão teve como base a síndrome *Delirium* relacionada ao idoso, visando à aprovação na disciplina de Enfermagem no processo de cuidar em Geriatria e aprimoramento dos conhecimentos gerontológicos buscando a cientificidade da assistência de enfermagem. Para o desenvolvimento do estudo seguiu-se as seguintes etapas: conceito, classificação, epidemiologia, fisiopatologia tratamento e importância da avaliação da enfermagem.

A síndrome em questão tem mais de 25 terminologias, aborda Pessoa, *et al* (2006), como por exemplo: “encefalopatia aguda e séptica, psicose tóxica, psicose da CTI e estado agudo confusional”. Todavia, os estudos majoritariamente utilizam o termo *Delirium*, o qual foi validado pela *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*.

Quanto à fisiopatologia nota-se que o *Delirium* deve ser visto como uma manifestação final provocado por inúmeras alterações neuroquímicas. Estas estão relacionadas com os distúrbios do córtex e do subcórtex cerebral sendo o traçado do eletroencefalograma alterado e lentificado. Das alterações neuroquímicas se destacam a redução da acetilcolina, decorrente do uso de fármacos não suspeitos em dose terapêutica; a hiperatividade adrenérgica e serotoninérgica, posterior ao uso de antidepressivos tricíclicos; aumento da atividade gabaérgica, conjectura-se resultante do acúmulo de substâncias endógenas no sangue semelhantes aos benzodiazepínicos. (MORAES, 2008).

A síndrome aguda é multifatorial incluindo exposição a toxinas, estado físico, uso de fármacos, intoxicação por álcool, desidratação, processos infecciosos, desnutrição, dentre outras, Brunner e Suddarth (2011). Contudo, Pessoa *et al* (2006) relata em seu estudo que os medicamentos mesmo em dose terapêutica também são considerados fatores para a síndrome.

Na forma hipoativa é dificilmente detectada contribuindo para o elevado percentual de casos não diagnosticados (30 a 70%); já em idosos que vivem na comunidade a prevalência é de 1%, naqueles institucionalizados é de 9 a 16%. (MORAES, 2008). Brunner e Suddarth (2011) menciona frequência da síndrome de idosos no pós-operatório de 15 a 53%, questão



especificada no estudo de Barbosa, *et al* (2008) o qual relaciona o tipo de cirurgia com a incidência do *Delirium*, ou seja, os idosos submetidos a cirurgia de fratura de quadril apresentaram o maior percentual da complicação, cerca de 62%.

O tratamento do paciente com *Delirium* compreende medidas não farmacológicas tanto quanto medicamentoso, as medidas preventivas têm impacto positivo na redução de delírium, a ocorrência da doença associa-se aos piores desfechos em pacientes submetidos a tratamento intensivo, é variável, podendo ocorrer em diferentes grupos de pacientes, tanto clínicos como cirúrgicos. Os fatores de risco da mesma são relacionados ao paciente, à sua doença e às intervenções na UTI. O diagnóstico baseia-se em três domínios: estado mental, desatenção e nível de consciência e ainda, a família tem importante papel no restabelecimento do paciente com *Delirium*.

Referências

BARBOSA, Fabiano Timbó *et al*. ***Delirium* pós-operatório em idosos**. Rev. Bras. Anesthesiol. Campinas, v.58, n.6, Nov./Dec. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942008000600012>>. Acesso em: 29 agos. 2012.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Tradução Antônio Francisco Dieb Paulo, José Eduardo Ferreira de Figueiredo, Patrícia LydieVoeux. 12^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MORAES, Edgar Nunes. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

PARSONS, Polly E; WIENER- KRONISH, Jeanine P. **Segredos em terapia intensiva: respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos**. Trad. Eliézer Silva e Alejandradel Pilar Gallardo Garrido. – 2. Ed.- Porto Alegre: Artmed, 2003.

PESSOA, Renata Fittipaldi; NÁCUL, Flávio Eduardo. ***Delirium* em pacientes críticos**. Rev. bras. ter. Intensiva, São Paulo, v.18, n.2, Abril/Junho 2006. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2006000200013>>. Acesso em: 30 agos.2012.