



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade

PROTOCOLO ASSISTENCIAL HCFAMEMA

TÍTULO PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO DELIRIUM

Código: HCF-DASAC-PAS-01

Revisão: 00

INTRODUÇÃO

Delirium pode ser definido como uma disfunção cerebral aguda caracterizada por alterações do estado de consciência transitórias e flutuantes, acompanhadas de comprometimento cognitivo, que afeta, com frequência, doentes internados em unidades de cuidados intensivos.

A classificação do delirium pode ser subdividida em tempo de evolução e subtipos motores. A terminologia, de acordo com o tempo de evolução, inclui: a) prevalente (se é detectado no momento da admissão); b) incidente (se surgir durante a estadia hospitalar); e c) persistente (se os sintomas persistirem durante um período de tempo).

Os sintomas do delirium podem ser agrupados em cognitivos e comportamentais, sendo a variabilidade interpessoal ampla. Por esse motivo, alguns doentes manifestam predominantemente lentificação psicomotora ou, até mesmo, coma, e outros apresentam-se ansiosos, disruptivos e combativos.

A terminologia por subtipos motores inclui: a) delirium hiperativo (no qual existem aumento da atividade psicomotora e agitação, com tentativas de remoção dos dispositivos invasivos); b) o tipo hipoativo (caracterizado por lentificação psicomotora, apatia, letargia e diminuição da resposta a estímulos externos); e c) o delirium misto (com flutuação imprevisível de sintomas entre os dois subtipos anteriores).

APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os pacientes que apresentarem sinais de desenvolvimento do Delirium e pacientes que forem internados por este diagnóstico nos Departamentos Assistenciais do HCFAMEMA.

AUTORIDADE E RESPONSABILIDADE

Médico.

Classif. documental

001.02.02.002



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade

ELEGIBILIDADE

São elegíveis para seguimento deste Protocolo:

- pacientes que se apresentarem em situações propícias para desenvolvimento do Delirium, com o objetivo de prevenir sua evolução;

- pacientes que apresentarem sinais e sintomas de Delirium instalado, como: alteração aguda da atenção, desorientação, desorganização dos pensamentos, podendo manifestar alucinações.

Acomete majoritariamente idosos e está muito associado a quadros infecciosos.

MARCADORES

A classificação do delirium pode ser subdividida em tempo de evolução e subtipos motores. A terminologia, de acordo com o tempo de evolução, inclui:

a) prevalente (se é detectado no momento da admissão);

b) incidente (se surgir durante a estadia hospitalar); e

c) persistente (se os sintomas persistirem durante um período de tempo).

O delirium é comum em estados inflamatórios sistêmicos e a proteína C reativa (PCR) tem sido amplamente utilizada para avaliar o grau de inflamação. Uma associação entre o nível de PCR sérico e o delirium tem sido demonstrada em vários estudos.

INDICADORES DE QUALIDADE

Não se aplica.

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Alguns instrumentos podem ser usados para auxílio no rastreio, como CAM (*Confusion Assessment Method*), que permite identificação na fase aguda do delirium, características importantes, como instalação aguda/curso flutuante, desatenção, pensamento desorganizado, alteração de nível de consciência, desorientação, déficit de memória, perturbação perceptual, alteração da atividade psicomotora, distúrbio do ciclo sono-vigília. Destas características o curso e pensamento desorganizado foram definidas como condições necessárias para o diagnóstico de delirium. **(ANEXO I)**.



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade

Escala de RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) utilizada para avaliar o grau de sedação e agitação de um paciente que necessite de cuidados críticos ou esteja sob agitação psicomotora (**ANEXO II**).

CAM-ICU (Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit) tem por objetivo facilitar o diagnóstico do delirium na UTI e permitir a avaliação de pacientes em ventilação mecânica impossibilitados de uma comunicação verbal (**ANEXO III**).

Fatores desencadeantes devem ser investigados, uma vez que disso depende a estratégia terapêutica individualizada (medicações, distúrbios hidroeletrólíticos, intoxicação exógena, contenção física, privação do sono, obstrução urinária e fecal).

EXAMES DIAGNÓSTICOS

Baseado na hipótese de qual fator orgânico ou desencadeante precipita o quadro, comumente:

1. Rastreio infeccioso - Urinal e Urocultura;
2. Eletrólitos - Sódio (Na), Potássio (K), Cálcio (Ca), Cálcio Iônico (Cai), Fósforo (P) e Cloretos (Cl);
3. Função renal - Uréia e Creatinina;
4. Distúrbio ácido-base - Gasometria, dosagem dos Eletrólitos Séricos e cálculo do Hiato Aniônico;
5. Função e agressão hepática - TGO, TGP, FAL, GGT;
6. TSH ultra sensível.

TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

1. TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

- 1.1 Evitar restrição/contenção física;
- 1.2 Manter a regulação do sono;
- 1.3 Desenvolver a orientação espacial;
- 1.4 Manter a mobilização precoce do leito;
- 1.5 Otimização da qualidade visual e auditiva (manter o ambiente com o mínimo de poluição visual e auditiva);
- 1.6 Otimização da nutrição e hidratação do paciente.



HCFAMEMAREL202300171A



2. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

2.1 O tratamento medicamentoso com antipsicóticos não muda o desfecho clínico do paciente, entretanto, seu uso torna-se necessário à medida que a agitação coloca em risco a integridade física do paciente ou de outros;

2.2 Após as medidas não farmacológicas/comportamentais falharem, opta-se pela administração de:

2.2.1 Haloperidol: 0,25 a 0,5 mg, VO/IM, sendo o máximo de 3 a 5 mg/dia;

2.2.2 Quetiapina: 12,5 a 25 mg, VO, sendo o máximo de 50 mg/dia.

MEDIDAS PROFILÁTICAS

A prevenção, que envolve a compreensão dos fatores de risco predisponentes e precipitantes, é considerada a forma mais eficaz de reduzir a incidência de Delirium. Numerosos fatores de risco são modificáveis com intervenções relativamente fáceis e de baixo custo, como:

- sedação poupando benzodiazepinas (Midazolam e Lorazepam);
- mobilização precoce;
- correção de distúrbios hidroeletrólíticos;
- prevenção da hipóxia;
- suspensão precoce da ventilação mecânica e remoção de dispositivos invasivos;
- promoção da qualidade do sono;
- redução de ruídos e minimização da exposição à luz artificial no período noturno;
- otimização da temperatura ambiente;
- manter paciente orientado quanto ao tempo e espaço.

Algumas ações de Enfermagem são importantes para o controle do Delirium, conforme descrito abaixo:



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade

Controle fisiológico

- Avaliar a hidratação do paciente e reconhecer precocemente a desidratação, através de um controle hídrico rigoroso;
- Incentivar a ingestão oral de líquidos e a reposição hídrica, quando não houver contraindicações;
- Atentar-se às eliminações, evitar constipação;
- Avaliar a hipóxia e otimizar a saturação de oxigênio;
- Manejo da dor, compreendendo avaliação e controle e profilaxia algica;
- Titular sedação adequada;
- Promover auxílio na alimentação e incentivo durante as refeições.

Ambiente

- Promover um ambiente favorável, tranquilo e limpo;
- Possibilitar visualização da equipe, trazer este paciente para próximo do posto de enfermagem se possível;
- Minimizar movimentos da cama em pacientes submetidos à longa internação em UTI;
- Orientar os pacientes frequentemente a respeito de lugar, data e hora;
- Manter um calendário e relógio em um local de fácil visualização;
- Colocar equipamento orientação com os nomes dos membros da equipe de atendimento e a programação diária;
- Fornecer sinalização clara;
- Reduzir e controlar luminosidade;
- Diminuir as luzes principais da UTI entre 23:00 horas e 07:00 horas;
- Oferecer máscara para os olhos para todos os pacientes;
- Usar iluminação de cabeceira para atendimento de pacientes no período noturno;
- Promover estratégias para reduzir e controlar ruídos em toda a unidade;
- Minimizar procedimentos no período noturno;
- Manter os corredores silenciosos;
- Fechar todas as portas entre 23:00 horas e 07:00 horas;
- Reduzir conversas não clínicas no setor;
- Reduzir os volumes dos telefones entre 23:00 horas e 07:00 horas;
- Orientar funcionários e visitantes para falar baixo;
- Manter monitores e máquinas com alarmes reduzidos entre 23:00 horas e 07:00 horas;
- Oferecer tampão auditivo para todos os pacientes;
- Proporcionar musicoterapia sempre que possível.

Mobilização

- Promover um posicionamento eficaz para garantir conforto ao paciente;
- Promover e encorajar mobilização precoce e frequente no leito, através de exercícios ativos e passivos de amplitude de movimento no mínimo três vezes ao dia;
- Encorajar deambulação, fornecendo auxílio e dispositivos.

Higiene e

- Desenvolver e/ou aplicar um protocolo de sono;
- Eliminar fatores que interfiram com o ciclo normal de sono;
- Programar e oferecer intervenções para promover o sono, como incentivar banhos diurnos e não acordar o paciente no início da manhã, quando ele ainda está dormindo, para dar o banho;
- Não incluir banho noturno na rotina dos pacientes;
- Promover o sono, oferecendo leite, ou chá quando possível, proporcionar musicoterapia;



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade

**controle da
qualidade do
sono**

- Desligar luzes e televisores à noite;
- Programar trechos de sono ininterruptos, ajustando horário de medicamentos, rotinas e procedimentos e minimizando distúrbios e intervenções à noite;
- Otimizar os procedimentos e programar procedimentos não imediatos antes das 23:00 horas ou após as 08:00 horas;
- Promover períodos de descanso na parte da tarde;
- Programar 90 minutos de silêncio durante a tarde e à noite;
- Oferecer medicações para promover o sono.

**Equipamentos
e dispositivos**

- Promover atividades de estímulo cognitivo ao menos três vezes ao dia e deixar o ambiente menos cansativo com televisão, rádio, DVD, jogos de palavras, jornal, livro, revista e discutir os acontecimentos atuais;
- Remover ou minimizar equipamentos que não sejam essenciais ou que dificultem a mobilização;
- Promover equipamentos de adaptação, como teclados grandes e livros grandes;
- Permitir o uso de óculos corretivo;
- Promover equipamentos de adaptação, como quadro com letras e imagens para pacientes impossibilitados de falar.

**Família e
Amigos**

- Incentivar, encorajar e permitir a visita regular e participação frequente de familiares e amigos;
- Fornecer panfletos informativos às famílias com horários de visitas e rotinas da UTI;
- Encorajar a família a participar da assistência do paciente, especialmente a alimentação, massagem suave quando não houver contraindicações e reorientação em tempo e espaço;
- Realizar massagem terapêutica desenvolvida por familiares e visitantes.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Não se aplica.

ORIENTAÇÕES PARA ALTA

As orientações para alta vão de encontro às orientações gerais de alta, não havendo necessariamente indicação de controle medicamentoso em domicílio. Caso tenha, orienta-se que o seu uso ocorra em menor período de tempo possível, sendo prescrito a mesma medicação de uso durante a internação.

REFERÊNCIAS

BRADLEY, Alastair. **Delirium in adults**: Quality standard. 2014. Disponível em: . Acesso em: 07 mar. 2023.

CARVALHO, J.P.L.M; *et al.* **Escalas de avaliação de delirium em pacientes graves**: revisão sistemática da literatura. Rev. bras. ter. intensiva, 2013. Disponível em: . Acesso em: 24 abr. 2023.



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade

COSTA, Millena Gomes Pinheiro *et al.* Delirium. In: VELASCO, Irineu Tadeu; *et al.* **Medicina de Emergência: Abordagem Prática**. 14. ed. rev. [S. l.]: Manole, 2020. cap. 12, p. 219-227.

FABBRI, Renato Moraes Alves; *et al.* **Validity and reliability of the portuguese version of the confusion assessment method (CAM) for the detection of delirium in the elderly**. Arq. Neuropsiquiatria, [S. l.], p. 175-179, 1 jun. 2001. Disponível em: . Acesso em: 07 mar. 2023.

FARIA, Rita da Silva Batista; *et al.* **Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, [S. l.], p. 137-147, 12 fev. 2021. Disponível em: . Acesso em: 24 abr. 2023.

HARTMANN, Silvana Pinto; WAGNER, Gabriela Peretti. **Instrumentos de avaliação do delirium em unidades de terapia intensiva: uma revisão sistemática da literatura**. Psicol. hosp. (São Paulo), São Paulo, v. 13, n. 1, p. 02-18, jan. 2015. Disponível em: . Acesso em: 24 abr. 2023.

INOUYE, S.K.; *et al.* **Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method**. Ann Intern Med., [S. l.], p. 941-948, 15 dez. 1990. Disponível em: . Acesso em: 07 mar. 2023.

NIKOOIE, Roozbeh; *et al.* **Antipsychotics for Treating Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review**. Annals of Internal Medicine, [S. l.], 1 out. 2019. Reviews, p. 485-496. Disponível em: . Acesso em: 07 mar. 2023.

TONINI, Paula Silva Santos. **A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA NA PREVENÇÃO E MANEJO DO DELIRIUM**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, 2022. Disponível em: . Acesso em: 24 abr. 2023.

Elaborador: Guilherme Genta dos Santos - Médico Clínica Médica.

Marília, 29 de maio de 2023.

Luciano Roberto de Freitas Visentin
Diretor Técnico de Saúde III
Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade

Tereza Raquel Schorr Calixto
Enfermeira
Núcleo de Gestão de Segurança e Risco do Paciente

Amanda Scombate Deodato Luizetti



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade

Diretor Técnico I
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade



Assinado com senha por LUCIANO ROBERTO DE FREITAS VISENTIN - 29/05/2023 às 12:46:13, TEREZA RAQUEL SCHORR CALIXTO - 29/05/2023 às 13:39:44 e AMANDA SCOMBATE DEODATO LUIZETTI - 29/05/2023 às 14:02:38.
Documento Nº: 74118024-4998 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=74118024-4998>



HCFAMEMAREL202300171A

ANEXO I

CAM- Método de Avaliação de Confusão	
1- Início agudo e evolução Flutuante	Pode ser obtido informações de familiares ou enfermagem? - Há mudanças no estado mental basal? - Alteração de comportamento variou durante o dia, ou seja, apareceu, desapareceu, diminuiu ou aumentou?
2- Desatenção	Foi evidenciado presença de: - Dificuldade de atenção / concentração, por exemplo sendo facilmente distraído ou tendo dificuldade em manter entendimento do que está sendo dito?
3- Pensamento desorganizado	Evidenciado por presença de: - Pensamento desorganizado ou incoerente como fluxo de ideias ilógico? Mudança de assunto de forma imprevisível?
4 – Nível de consciência alterado	Qualquer nível de consciência exceto alerta: - Normal = alerta - Hiperalerta = vigilante - Sonolento, facilmente despertado = letárgico - Dificuldade em despertar = Estupor - Não despertável = Coma
O diagnóstico de delírium se dá na presença positiva dos itens 1 e 2 Somente itens 3 e 4 positivos despertam para uma sensibilidade de 94 à 100% e devem ser reavaliados posteriormente;	



ANEXO II

"Richmond Agitation Sedation Scale" - RASS

Pontuação: pontuação zero refere-se ao doente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero significam algum grau de sedação, níveis superiores significam que o doente apresenta algum grau de agitação

Pontuação	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, violento, risco para a equipa
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contacto visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

Referências: - Ely E, Truman B, Shintani A, et al. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA. 2003;289(22):2983-2991. doi:10.1001/jama.289.22.2983



ANEXO III

