

DELIRIUM EM IDOSOS: ANÁLISE COMPARATIVA DA TERAPÊUTICA CLÍNICA

Caroline Nascimento Fernandes¹
Lizianne de Melo Gaudêncio Torreão²
Renata Oliveira Vale³
Yasmin Dantas Pereira⁴
Carmem Dolores de Sá Catão⁵

INTRODUÇÃO

De acordo com dados divulgados pela Organização das Nações Unidas, globalmente, o número de pessoas com 80 anos ou mais deverá triplicar em menos de 40 anos, passando de 137 milhões em 2017 para 425 milhões em 2050^[12]. Dessa forma, é notória a existência de um processo demográfico transicional que ocorre irreversivelmente, de modo que a população idosa aumenta de maneira exponencial no mundo inteiro, tendo como consequência direta dessa realidade a maior quantidade de agravos relacionados à saúde nessa faixa etária. Diante do cenário atual, a incidência de transtornos cognitivos em indivíduos longevos, em especial o *Delirium*, tende a aumentar proporcionalmente.

Apesar de ter sido uma das primeiras doenças mentais descritas na literatura médica, nos relatos de Hipócrates, o *Delirium* continua sendo mal compreendido em razão do seu difícil diagnóstico e da falta de conhecimento total da fisiopatologia dessa síndrome. Esse agravo pode ser caracterizado como estado confusional agudo de curso oscilante com alteração cognitiva definida por início súbito e por sintomatologia hipo e hiperativa.

Considerando o *Delirium* como distúrbio neurocomportamental mais frequente em idosos hospitalizados e tendo em vista a crescente senilidade da população mundial, é necessário abordar a eficácia das terapêuticas clínicas atuais, a fim de evitar o negligenciamento relativo à enfermidade. O objetivo principal do trabalho é comparar as intervenções farmacológicas, analisando seu efeito a longo prazo, e as não farmacológicas, com suas respectivas implicações na qualidade de vida do paciente.

Esse estudo foi realizado a partir da seleção de 18 artigos pesquisados nas bases de dados: PubMed Central[®]; SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) dos quais foram excluídos cinco por não seguirem os interesses do estudo.

De acordo com a leitura das pesquisas selecionadas, foi percebido que no âmbito dos tratamentos medicamentosos, as intervenções são baseadas primordialmente na utilização de antipsicóticos, tais como: Haloperidol, Aripiprazol, Olanzapina e Risperidona. Entretanto, observa-se que o uso exclusivo desse tipo de abordagem não culmina em uma melhora significativa do quadro clínico. Desse modo, tratamentos fundamentados em alternativas não farmacológicas devem ser aplicados para todos os pacientes acometidos por esse agravo além de servir como prevenção de casos futuros. É válido salientar, também, que uma equipe multiprofissional bem preparada para prover a assistência necessária, na intenção de reduzir as manifestações clínicas, é essencial no processo.

Assim, tratamentos que seguem exclusivamente a linha farmacológica não obtiveram as respostas desejadas. Posto isso, abordagens de cunho não medicamentoso, baseadas em

¹ Graduanda do Curso de Medicina da Universidade Federal - UFCG, carol.n.fernandess@gmail.com;

² Graduanda pelo Curso de Medicina da Universidade Federal - UFCG, lizianne.m.g.t@gmail.com;

³ Graduanda pelo Curso de Medicina da Universidade Federal - UFCG, rennatavale10@gmail.com;

⁴ Graduanda pelo Curso de Medicina da Universidade Federal - UFCG, yasmindantasp@gmail.com;

⁵ Professora adjunta do curso de Medicina, Universidade Federal - UFCG, cataocarmem@gmail.com. (83) 3322.3222

medidas que impedem o maior desenvolvimento dos sintomas, devem ser utilizadas de forma mais ampla e profilática de modo a atenuar a incidência da doença, assim como a morbimortalidade associada a esta.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura é realizada por meio de um levantamento bibliográfico de trabalhos já publicados através de livros, revistas e documentos eletrônicos. Com isso, os passos seguidos para a elaboração deste resumo foram: (1) determinação da pergunta orientadora do estudo; (2) realização de pesquisas na literatura; (3) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; (4) leitura do resumo de cada documento pré-selecionado; (5) exclusão dos textos que não se adequaram a temática deste trabalho; (6) leitura integral dos artigos selecionados.

Os documentos para concretização deste estudo foram encontrados em publicações disponíveis no meio eletrônico e em livros relacionados aos assuntos. As bases utilizadas foram: PubMed Central[®], SciELO e BVS.

Inicialmente, foi definido que a questão orientadora deste trabalho seria “qual a melhor abordagem clínica para o tratamento do *Delirium* em pacientes idosos?”. A partir disso, pesquisas foram realizadas com uso em conjunto das palavras chave: *Delirium*, idosos e tratamentos. A partir de um total de 234 documentos, os critérios de inclusão e exclusão foram definidos, sendo eles: publicação entre 2015 e 2019; estudo com pacientes idosos; artigos em inglês e português; relacionados com a abordagem clínica da doença; não ligado ao uso de álcool e demais drogas, nem ao pós operatório/pós trauma. Esses filtros foram aplicados e a quantidade de arquivos selecionados diminuiu para 27, que pela leitura dos seus respectivos resumos passou para 18 artigos relacionados ao tema abordado. Após a identificação das obras, foi realizada uma leitura do material na íntegra, para o total conhecimento das informações contidas nestes e verificando se os artigos obtidos interessavam para o estudo em questão, selecionando, por fim, 13 destes.

DESENVOLVIMENTO

Dado o caráter multifatorial do *Delirium*, cada episódio individual é suscetível a um conjunto único de causas que podem diferir em cada episódio. Em vista disso, é provável que a busca por um único componente responsável pelo mecanismo de desenvolvimento do *Delirium* permaneça sem resposta. Sendo assim, a partir das pesquisas realizadas, sugere-se que diferentes fatores biológicos e ambientais interativos resultem no decréscimo da neurocognição do idoso. Provavelmente, os componentes orgânicos estão associados a alterações nas concentrações de neurotransmissores, responsáveis pela regulação da função cognitiva, tendo como principais bio-sinalizadores afetados a acetilcolina, a dopamina, a serotonina, a noradrenalina e o GABA, culminando na redução do metabolismo oxidativo cerebral e, conseqüentemente, da atividade cortical não relacionada à doença de base.

São conhecidas duas formas principais de apresentação da neuropatologia que se dá por sintomas hipo e hiperativos. Sabe-se que os sinais hipoativos são mais comuns em pacientes da terceira idade, apresentando-se por meio da apatia e da rara reação a estímulos, sendo muitas vezes não identificado pelos profissionais intensivistas e, por conseguinte, representando um pior prognóstico. Ao passo que, os sinais hiperativos são mais perceptíveis devido à característica agressiva e impaciente do doente, podendo ser, contudo, confundido com outros agravos e novamente negligenciado pela equipe médica. Ainda é possível observar a concomitância sintomática que podem variar durante a apresentação do distúrbio.

Sendo evidente a subjetividade da análise da saúde/doença no contexto da Saúde Mental e Psiquiátrica e a extrema relevância do conceito em estudo para a população idosa, é necessário saber como é realizado o diagnóstico do distúrbio para posteriormente poder avaliar as intervenções mais efetivas de tratamento do *Delirium*. Um dos instrumentos psicométricos utilizados na sua identificação em contexto clínico é o método *CAM- ICU: Confusion Assessment Method in a Intensive Care Unit*, que tem o objetivo de reduzir as consequências do diagnóstico tardio pelo rastreamento do agravo. O processo é um manual de simples e rápida realização de forma que são analisados critérios de: características e descrições; falta de atenção; pensamento desorganizado; nível de consciência alterado; desorientação; distúrbios de memória e de percepção; agitação psicomotora e alteração no ciclo sono-vigília. Nesses parâmetros, o médico analisará se os sintomas estão presentes ou ausentes assim como o grau de intensidade da doença no paciente, considerando seu início abrupto e sua flutuação durante horas e dias. Para o diagnóstico de *Delirium*, é necessária a presença de um conjunto de critérios percebidos pelo especialista.

Após seu reconhecimento, é imprescindível entender o complexo etiológico do doente a fim de escolher a melhor terapêutica clínica. Embora os tratamentos atuais utilizem primordialmente uma variedade de abordagens farmacológicas, como por exemplo: Haloperidol, Aripiprazol, Olanzapina e Risperidona, não há evidências convincentes de que qualquer um desses tratamentos seja claramente eficaz tanto para a prevenção quanto para o tratamento do *Delirium*. Nesse contexto, intervenções não medicamentosas aplicadas em várias esferas, ganham ampla aceitação no meio hospitalar, porém, não são usualmente utilizadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2019, foi publicado um ensaio clínico pragmático randomizado com 351 pacientes críticos da UTI de três hospitais, realizado na cidade de Indianópolis pelo professor Babar Khan e colaboradores que demonstrou a ineficiência da abordagem farmacológica na prevenção e no tratamento da condição do *Delirium*. Foi provado, portanto, a não eficácia da ação redutora dos medicamentos relativa ao tempo e à gravidade das crises ^[8].

Contudo, a terapêutica medicamentosa ainda é a escolha padrão da maioria dos intensivistas, sendo as drogas mais utilizadas: Haloperidol, Risperidona, Aripiprazol e Olanzapina. Sabe-se que tais fármacos apresentam respostas orgânicas similares no tocante ao tratamento da neuropatologia, diferindo apenas nos efeitos adversos causados aos idosos ^[3]. Foi verificado que o Haloperidol é responsável, mais frequentemente, pela presença de sintomas extrapiramidais além de elevar o risco de síndrome neuroléptica maligna e de arritmias. Ademais, é importante salientar que os benzodiazepínicos podem ser agentes de agitação paradoxal, sedação excessiva e depressão respiratória, também podendo prolongar, piorar e induzir os sintomas de *Delirium* através do prejuízo da neurotransmissão cerebral ^[2].

Com base na literatura, nota-se que, em razão da falta de benefícios e do não conhecimento dos danos causados ao corpo, os tratamentos medicamentosos devem ser reservados exclusivamente para a utilização em pacientes com quadro hiperativo ou que ponham em risco a própria segurança, a de outros pacientes e a da equipe médica. É imprescindível atentar-se também ao fato de que a dosagem utilizada deverá ser a menor possível para se evitar maiores problemas aos enfermos ^[10,14].

Como alguns fatores ambientais também podem desencadear o desenvolvimento do *Delirium*, através do estresse induzido pelo desconhecimento do ambiente, ruído de alarme, mudança constante dos profissionais que prestam assistência, cuidados ou procedimentos mal explicados ao pacientes, falta de janelas e relógios visíveis, barulhos e luminosidade excessiva

no período da noite, as intervenções farmacológicas não teriam muita eficácia nesse aspecto. Desse modo, faz-se necessário outro tipo de abordagem, com estratégias que melhorem a orientação do idoso interno na UTI, aplicadas primariamente a todo paciente acometido pelo do distúrbio ou aos que apresentam sinais de desenvolvimento do agravo.

A prevenção primária do *Delirium* com multicomponentes não medicamentos se mostrou eficiente e vem ganhando aceitação como uma das mais efetivas formas de tratamento do distúrbio ^[14]. Entre as alternativas estão: musicoterapia; intervenções educacionais; estimulações cognitivas e sensoriais; revisão dos medicamentos previamente utilizados, como forma de investigação para possíveis iatrogenias; participação familiar; atendimento psicológico na UTI; utilização de escalas de rastreio precoce como o método *CAM-ICU*; promoção de ambiente calmo e silencioso, especialmente durante a noite, buscando o sono adequado e restrição do uso de contenção física- que pode elevar muito o risco de evolução da doença ^[1,2,11].

No Brasil, existe desde 2003 a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) que, entre outros princípios defendidos, deseja aumentar o tempo de visita aberta na UTI, com o objetivo de permitir o maior contato da família com o enfermo e, conseqüentemente, de reduzir os casos incidentes, visto que existe uma forte relação entre o desenvolvimento do agravo, a maior permanência do indivíduo no hospital e o crescimento da mortalidade nestas condições.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *Delirium* é um distúrbio neurocomportamental de alta prevalência em pacientes críticos, especialmente idosos. Infelizmente, ainda é pouco diagnosticado pelos intensivistas, visto que, normalmente, não é a causa primária de admissão hospitalar. Sabendo que, para grande parte dos profissionais, o agravo é considerado como uma psicose desenvolvida pelo prolongamento do tempo de internação, o tratamento atual consiste no uso de drogas com efeitos sedativos que não possuem eficácia comprovada e que podem agravar o quadro clínico do doente.

Dessa forma, é importante a existência de uma equipe multidisciplinar voltada para a prevenção e diminuição dos sintomas do paciente que possui *Delirium*, formada por profissionais médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, dentre outros. Para o adequado manejo da neuropatologia, é fundamental que ocorram mudanças relacionadas ao treinamento e à capacitação da equipe de atendimento. Ademais, medidas institucionais se fazem necessárias e incluem: colocar relógios e calendários no ambiente, além de adequar a luminosidade para auxiliar o ciclo sono-vigília. Por fim, não se pode negligenciar a avaliação cognitiva constante dos pacientes idosos hospitalizados, estímulo à mudança de práticas de atendimento que aumentam o risco de *Delirium* e sistemas que melhorem a qualidade ao cuidado geriátrico.

Palavras-chave: Antipsicóticos; Idoso; Neuropatologia; Transtornos Neurocognitivos.

REFERÊNCIAS

1. ABRAHA, I. *et al.* Efficacy of Non-Pharmacological Interventions to Prevent and Treat Delirium in Older Patients: A Systematic Overview. The SENATOR project ONTOP Series. PLoS One, 10(6): e0123090, jun. 2015.
2. BARROS, M. A. A. *et al.* Delirium em idosos em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 2738-2748, jul.-set. 2015.
3. BOETTGER, S. *et al.* Haloperidol, risperidone, olanzapine and aripiprazole in the management of delirium: A comparison of efficacy, safety, and side effects. Palliat Support Care, 13(4):1079-85, aug. 2015.
4. BURRY, L. *et al.* Antipsychotics for treatment of delirium in hospitalised non-ICU patients. Cochrane Database of Systematic Reviews, 6: CD005594, jun. 2018.
5. CERVEIRA, C. C. T. *et al.* Delirium in the elderly: A systematic review of pharmacological and non-pharmacological treatments. Dement. neuropsychol., São Paulo, v. 11, n. 3, p. 270-275, set. 2017.
6. FAUSTINO, T. N. *et al.* Prevenção e monitorização do delirium no idoso: uma intervenção educativa. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 69, n. 4, p. 725-732, ago. 2016.
7. GREEN, J. R. *et al.* Use of the confusion assessment method in multicentre delirium trials: training and standardisation. BMC Geriatrics, 19(1), apr. 2019.
8. KHAN, B. A. *et al.* Pharmacological Management of Delirium in the Intensive Care Unit: A Randomized Pragmatic Clinical Trial. Journal of the American Geriatrics Society, 67(5): 1057–1065, may. 2019.
9. KUKREJA, D. *et al.* Delirium in the elderly: Current problems with increasing geriatric age. Indian Journal of Medical Research, 142(6):655-62, dec. 2015.
10. MARCANTONIO, E. R. Delirium in Hospitalized Older Adults. The New England Journal of Medicine, 377:1456-1466, oct. 2017.
11. MARTÍNEZ, F. *et al.* Implementing a Multicomponent Intervention to Prevent Delirium Among Critically Ill Patients. Crit Care Nurse, 37(6):36-46, dec. 2017.
12. NAÇÕES UNIDAS. **A ONU e as pessoas idosas.** Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/> Acesso em: 13 de Junho de 2019.
13. OH, E. S. *et al.* Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. Journal of the American Medical Association, 318(12):1161-1174, sep. 2017.
14. YU, A. *et al.* Cholinesterase inhibitors for the treatment of delirium in non-ICU settings. Cochrane Database of Systematic Reviews, 6: CD012494, jun. 2018.