

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA

ANDERSON FERREIRA MELO

Protocolo de Delirium: como identificar, prevenir e tratar?

Uberlândia

2026

ANDERSON FERREIRA MELO

Protocolo de Delirium: como identificar, prevenir e tratar?

Projeto de Pesquisa desenvolvido como requisito obrigatório da disciplina Trabalho de Conclusão da Residência Médica em Clínica Médica da Universidade Federal de Uberlândia, sob a orientação da Dra. Érika Yuyama.

Uberlândia

2026

Ata de defesa do Trabalho de Conclusão da Residência

Às 18 horas do dia 21 do mês de janeiro do ano de 2026, realizou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Residência Médica apresentado pelo Residente **Anderson Ferreira Melo**. Além da orientadora **Prof. Dra. Erika Kiyomi Yuyama**, presidente desta banca, constituíra a banca examinadora os seguintes membros: **Prof. Dr. Saadallah Azor Fakhouri Filho** e **Dr. Matheus Xavier Resende Oliveira**.

Após a finalização da apresentação do TCRM pela residente, a banca examinadora iniciou a sua arguição. Os examinadores reuniram-se e deram o parecer final do trabalho escrito e a apresentação oral e atribuíram as seguintes notas:

Avaliador 1: **Prof. Dr. Saadallah Azor Fakhouri Filho**

Nota final: **9,5**

Avaliador 2: **Dr. Matheus Xavier Resende Oliveira**

Nota final: **9,0**

Obtendo como média de nota atribuída pelos dois avaliadores a nota final **9,25**. Divulgado o resultado pelo presidente da banca examinadora, os trabalhos foram encerrados e eu, **Prof^a. Dra. Erika Kiyomi Yuyama**, lavro a presente ata que assino juntamente com os demais membros da banca examinadora.

Uberlândia, 21 de janeiro de 2026.



Documento assinado digitalmente

ERIKA KIYOMI YUYAMA

Data: 28/01/2026 10:39:44-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Orientadora



Documento assinado digitalmente

SAADALLAH AZOR FAKHOURI FILHO

Data: 28/01/2026 13:28:20-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>



Documento assinado digitalmente

MATHEUS XAVIER RESENDE OLIVEIRA

Data: 28/01/2026 13:05:43-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Saadallah Azor Fakhouri Filho

Dr. Matheus Xavier Resende Oliveira

RESUMO

O quadro de delirium ou estado confusional agudo é recorrente entre idosos hospitalizados. Os pacientes que apresentam essa condição desenvolvem alterações do nível de consciência, desorientação temporal e espacial, desorganização de ideias. O delirium aumenta o risco de complicações como crescimento das taxas de mortalidade, institucionalização e redução de funcionalidade. O desenvolvimento dessa condição pode ser evitado desde que a equipe multidisciplinar que presta cuidados ao enfermo esteja apta a reconhecer precocemente a condição e a tratá-la. Existem ferramentas de triagem, exames complementares e questionamentos que auxiliam na detecção e no diagnóstico dos quadros de delirium. Após essa confirmação, há inúmeras formas de tratamento, seja por meio da oferta de medicamentos ou através de tratamento não medicamentoso. O protocolo do HC-UFU tem como objetivo auxiliar os profissionais da instituição a detectarem rapidamente o estado confusional agudo (delirium), manejá-lo e reduzir as consequências aos pacientes internados no local. Ademais, é importante destacar quais parâmetros são primordiais para avaliação da efetividade das equipes multiprofissionais no manejo dessa condição.

Palavras-chave: delirium; estado confusional agudo; protocolo.

ABSTRACT

Delirium, or acute confusional state, is a recurrent condition among hospitalized elderly patients. Patients who present this condition develop changes in the level of consciousness, temporal and spatial disorientation, and disorganization of thought. Delirium increases the risk of complications such as higher mortality rates, institutionalization, and reduced functionality. The development of this condition can be prevented provided that the multidisciplinary team caring for the patient is able to recognize it early and treat it appropriately. There are screening tools, complementary examinations, and clinical questioning that assist in the detection and diagnosis of delirium. Once the diagnosis is confirmed, there are numerous treatment approaches, either through pharmacological therapy or non-pharmacological interventions. The HC-UFU protocol aims to assist healthcare professionals at the institution in rapidly detecting acute confusional state (delirium), managing it, and reducing its consequences for hospitalized patients. Furthermore, it is important to highlight which parameters are essential for evaluating the effectiveness of multiprofessional teams in the management of this condition.

Keywords: delirium; acute confusional state; protocol.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Método de avaliação da confusão mental na UTI – CAM-ICU.	14
Figura 2	Protocolo 4AT	16
Quadro 1	Fatores precipitantes e pontos de atenção para avaliação	19
Quadro 2	Possíveis indicações de exames complementares	20

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
EAS	Elementos Anormais do Sedimento
EV	Endovenoso
HCOR	Hospital do Coração
HC-UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
HELP	Hospital Elderly Life-Programa
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	09
2.1	Fatores predisponentes e fatores precipitantes do delirium	10
2.2	Prevenção.....	10
2.2.1	Alterações ambientais para prevenção	10
2.2.2	Medidas preventivas em conjunto com o acompanhante	11
2.2.3	Medidas preventivas a serem adotadas entre os profissionais de saúde	11
2.2.4	Prevenção farmacológica	12
2.3	Suspeita e confirmação diagnóstica	13
2.4	Abordagem inicial do quadro suspeito de delirium.....	14
2.4.1	Protocolo de delirium em contextos de sepse e AVC	15
2.5	Ferramenta de avaliação para o diagnóstico	15
2.6	Divisão dos quadros de delirium quanto à motricidade.....	16
2.6.1	Delirium hiperativo	16
2.6.2	Delirium hipoativo	17
2.6.3	Delirium misto.....	17
2.7	Diagnósticos diferenciais a serem considerados	17
2.7.1	Demência	17
2.7.2	Transtornos psiquiátricos primários	17
2.7.3	Lesão cerebral.....	18
2.7.4	Delirium tremens	18
2.7.5	Estado Epiléptico não convulsivo	18
2.7.6	Encefalopatia hepática	18
2.8	Investigação de fatores precipitantes	19
2.9	Exames complementares	19
2.10	Avaliação de especialistas.....	20
2.11	Tratamento	21
2.11.1	Abordagem não farmacológica.....	21
2.11.2	Medicações.....	21
2.11.2.1	<i>Haloperidol</i>	22
2.11.2.2	<i>Risperidona</i>	22

2.11.2.3 Olanzapina	22
2.11.2.4 Quetiapina	23
2.11.2.5 Outros antipsicóticos atípicos	23
2.11.2.6 Antipsicóticos típicos de baixa potência	23
2.11.2.7 Dexmedetomidina (Precedex)	23
2.11.2.8 Clonidina	24
2.11.2.9 Melantonina e análogos	24
2.11.2.10 Tiamina.....	25
2.11.2.11 Benzodiazepínicos	25
2.12 Contenção física	25
2.13 Reavaliações e seguimento	27
2.14 Prognóstico	27
2.15 Indicadores.....	27
2.15.1 Avaliação médica em tempo hábil.....	27
2.15.2 Porcentagem de correção dos fatores precipitantes.....	27
2.15.3 Prescrição de antipsicóticos.....	28
2.15.4 Prescrição de benzodiazepínicos.....	28
3 Considerações Finais.....	28
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

O quadro de delirium ou estado confusional agudo é recorrente entre os idosos internados por causas agudas. 18 a 35% desses pacientes preenchem critérios para desenvolvimento de delirium na admissão. Associado a isso também existe o grupo de idosos que desenvolveram condições predisponentes durante a internação. Desse modo, aproximadamente 50% dos idosos poderão apresentar quadros de delirium durante a internação hospitalar (INOUE et al., 2000).

Esse quadro clínico é marcado por alteração do nível de consciência, desorientação temporal e espacial e desorganização de ideias. Além disso, tem caráter oscilante e início agudo (APA, 2013). Muitos fatores estão envolvidos no desenvolvimento do delirium. Dentre os principais estão alterações neurológicas induzidas por processos inflamatórios e alterações de neurotransmissores em um contexto de reserva cognitiva já reduzida (MALDONADO, 2017).

Os quadros de delirium estão atrelados a complicações como aumento do tempo de internação, elevação das taxas de institucionalização, aumento da mortalidade e redução de funcionalidade. Estudos feitos por meio de ensaios clínicos mostram que 30-40% dos quadros de delirium podem ser evitados desde que haja cuidados multidisciplinares para prevenção e detecção precoce (MARCANTONIO, 2017).

Dessa forma, esse protocolo foi criado com o intuito de auxiliar as equipes multiprofissionais do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) dos diversos setores da instituição a identificar quadros de delirium, prevenir e até mesmo tratá-los, com a finalidade de reduzir os danos causados por essa condição. A avaliação por meio do 4AT será uma das ferramentas utilizadas para auxiliar no processo de identificação e manejo do delirium.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A seguir serão apresentados tópicos importantes relacionados ao quadro de delirium, dentre eles: fatores predisponentes e precipitantes; prevenção; suspeita e confirmação diagnóstica; abordagem inicial; ferramenta de avaliação para diagnóstico; divisão dos quadros de delirium quanto à motricidade; diagnósticos diferenciais a serem considerados;

investigação de fatores precipitantes; exames complementares; avaliação de especialistas; tratamento; contenção física; reavaliações e seguimento; prognóstico e indicadores.

2.1 Fatores predisponentes e fatores precipitantes

Fatores predisponentes são elementos que não podem ser modificados e aumentam o risco de delirium. É importante identificá-los para que sejam empregadas medidas para prevenção do quadro. Os principais fatores predisponentes são: etilismo; história prévia de síndromes demenciais; história simultânea de doenças crônico-degenerativas; presença de déficits sensoriais (alterações de audição, alterações visuais) e idade (principalmente > 75 anos) (HCOR, 2020).

Já os fatores precipitantes são contextos que potencializam o desenvolvimento do delirium. São fatores modificáveis, portanto, podem alterar o desfecho clínico. Entre os principais exemplos estão: restrição ao leito/imobilidade; uso de dispositivos (sondas, cateteres, contenção física); quadros álgicos (sem analgesia adequada); obstipação; uso de sedativos ou anticolinérgicos; hipoperfusão/hipóxia (ex: sepse, insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória); distúrbios metabólicos (ex: glicose, uremia); desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos (ex: sódio, magnésio, cálcio) (HCOR, 2020).

2.2 Prevenção

As medidas preventivas apresentadas a seguir, baseiam-se no protocolo de delirium do HCor, que por sua vez fundamentam-se nas medidas implementadas no Hospital Elderly Life-Programa (HELP). Essas condutas devem ser instituídas em pacientes com alto risco para delirium, ou seja, aqueles que apresentam idade superior a 75 anos de idade, antecedentes de síndromes demenciais e alguma presença de déficit cognitivo (INOUE et al., 2000).

2.2.1 Alterações ambientais para prevenção

Os cuidados da equipe devem facilitar o ciclo sono-vigília do paciente. Ademais, o ambiente deve conter elementos que facilitam a orientação temporal e espacial, além de gerar familiaridade ao paciente. As principais medidas adotadas são: disponibilidade de objetos pessoais do paciente como travesseiros, porta-retratos, imagens religiosas, rádios, livros;

relógio em local de fácil visualização, além de calendário; ambiente bem iluminado; ajuste de temperatura (evitar ambientes abafados ou com temperaturas baixas - faixa ideal entre 22° e 24°) e nível de ruído reduzido, especialmente no horário das 22h às 06h (HCOR, 2020).

2.2.2 Medidas preventivas em conjunto com o acompanhante

A presença de um indivíduo que o paciente esteja familiarizado aumenta a segurança do enfermo e reduz os riscos de delirium. Em locais nos quais não é possível a permanência constante de familiares, devem ser estabelecidos horários regulares de visitas com a possibilidade de aumentar o tempo de permanência dessas pessoas no local (HCOR, 2020).

Algumas medidas preventivas podem ser adotadas em conjunto com o acompanhante, como por exemplo, o estímulo cognitivo. O paciente deve ser estimulado a realizar palavras-cruzadas (caso seja capaz), ser informado das notícias que acontecem no cotidiano, jogar cartas ou jogos de tabuleiros, ouvir músicas, rever álbuns e fotos (HCOR, 2020).

É importante que visitas de outros familiares e amigos sejam estimuladas com o intuito de promover a socialização. Contudo, grupos numerosos não são recomendados a fim de que não haja sobrecarga de estímulos. Sonos extensos devem ser evitados durante o dia para que o ciclo sono-vigília não seja alterado. Dormir por até 30 minutos pode ser permitido. Durante a noite (entre 22h e 6h) deve ser mantido um ambiente escuro, com baixo nível de ruídos, com o objetivo de otimizar o sono do paciente (HCOR, 2020).

Déficits sensoriais podem predispor os quadros de delirium. Dessa maneira, se o paciente já utilizar dispositivos para suporte, como óculos, aparelhos auditivos, eles devem ser disponibilizados durante a internação. Recomenda-se que hábitos feitos em casa previamente sejam mantidos no hospital caso seja possível (ex: massagem antes de dormir, beber água, ouvir música) (HCOR, 2020).

2.2.3 Medidas de prevenção a serem adotadas entre os profissionais da saúde

Os profissionais de saúde também precisam adotar medidas preventivas, conforme alguns exemplos citados a seguir. Eles devem evitar a rotatividade de funcionários no atendimento ao paciente, afinal a permanência de uma mesma equipe favorece o vínculo e a familiaridade com o ambiente (HCOR, 2020).

Caso o paciente tenha o hábito de consumir bebidas como chás, eles podem oferecê-lo, desde que se evitem chás estimulantes como o chá preto e o verde, assim como bebidas que contenham cafeína após as 14h, para não alterar o ciclo sono-vigília (HCOR, 2020).

Os profissionais precisam, ainda, incentivar a mobilidade do paciente, pois essa prática favorece a prevenção dos quadros de delirium. Mesmo que o paciente apresente altos riscos de queda, esse fator não deve ser impeditivo para locomoção. Deve ser criada uma rede de apoio, atrelada ao uso de objetos que facilitem a locomoção (HCOR, 2020).

Outra medida preventiva importante é que se evite o uso de dispositivos e sondas, principalmente em idosos que possuem déficits cognitivos que dificultem a compreensão do quadro clínico e que necessitem de contenção para manutenção do dispositivo (sondas, cateteres...) (HCOR, 2020).

A partir das 22 horas, entradas no quarto precisam ser evitadas ou minimizadas para a aferição de dados vitais e administração de medicações. A rotina pode ser flexibilizada durante o dia, para que não ocorram entradas recorrentes no leito durante o período de sono (HCOR, 2020).

Os profissionais devem estar atentos ao controle algico dos pacientes, principalmente naqueles com quadros demenciais, os quais dificultam a expressão de dor. Nesses casos, atentar-se a sinais como agitação, punhos cerrados, gemidos, expressão facial de dor (HCOR, 2020).

Além disso, eles precisam estar alertas quanto aos contextos de baixa aceitação de dieta, pouca oferta de líquidos e sinais clínicos de desidratação, tendo em vista que eles podem potencializar quadros de delirium (HCOR, 2020).

2.2.4 Prevenção farmacológica

Conforme diversos ensaios clínicos, não existem evidências atuais que comprovam o benefício do uso de medicações como forma de prevenção do quadro de delirium. Contudo, alguns estudos indicam que podem existir benefícios em contextos específicos.

Análises foram feitas com relação ao uso da dexmedetomidina em comparação com midazolam e propofol, no contexto de pacientes que necessitaram do uso dessas medicações em ambientes de terapia intensiva. Uma metanálise com 25 ensaios clínicos com a presença de 3240 pacientes internados em terapias intensivas mostra que a dexmedetomidina esteve atrelada a uma redução de 64% na incidência de delirium (NG et al., 2018).

Ademais, em outra metanálise abrangendo 18 estudos, com um grupo de 3309 pacientes cirúrgicos (cirurgias cardíacas a não cardíacas) mostraram que os pacientes que necessitaram do uso de sedativos no contexto de pós-operatório apresentaram taxa de delírium inferior quando utilizada a dexmedetomidina em comparação com os demais fármacos (incidência menor de 65%) (DUAN et al., 2018).

No contexto de pré-operatório, o uso de antipsicóticos foi avaliado por alguns estudos. Em uma metanálise com 06 estudos foi constatada uma pequena redução nas taxas de delírium (HIROTA E KISHI, 2013). Dessa forma, o uso deve ser individualizado.

Atualmente não existem muitos estudos que avaliam o uso de melatonina e seus similares. Alguns têm sido utilizados em doses mais baixas. Quanto aos benefícios, esse fármaco pode auxiliar os pacientes com alto risco de delírium a ter menos insônia, poupar o uso de benzodiazepínicos. Não existem estudos que comprovam os benefícios do anticolinesterásicos como forma de prevenção. Nesse viés, eles devem ser poupados. Em contrapartida, se o paciente já utiliza tais medicações elas devem ser mantidas a menos que haja contraindicações para o uso no contexto da internação. (HCOR, 2020)

2.3 Suspeita e confirmação diagnóstica

O diagnóstico de delírium é feito de forma clínica, sendo necessário responder a um questionário qualificado, sem o uso de exames complementares. Embora qualquer profissional da área de saúde possa constatar os quadros de delírium, entre as equipes multiprofissionais existe uma grande dificuldade para chegar ao diagnóstico, desta forma os protocolos podem facilitar esse reconhecimento e manejo. Além disso, pelo maior contato com esses pacientes as equipes de enfermagem e medicina têm maior facilidade de determinar essa apresentação clínica (HCOR, 2020).

Alguns achados devem induzir ao diagnóstico de delírium, sendo eles: confusão (paciente apresentando períodos de falas desconexas); desorientação (dificuldade para se localizar em tempo e espaço); agitação (paciente com dificuldade de aceitar dispositivos, tenta ir embora a todo o momento); alucinações (vê objetos, animais, pessoas que já faleceram); desorganização do ciclo sono-vigília; sonolência excessiva (dorme enquanto os profissionais o visitam durante o dia); e alterações comportamentais (irritado, ansioso, eufórico) (HCOR, 2020).

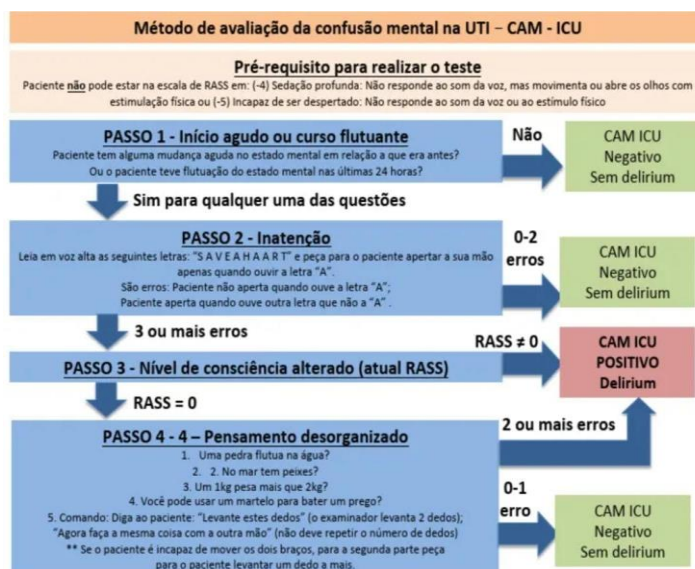
Essas situações necessitam de avaliação constante da equipe multiprofissional responsável pelo cuidado do paciente. Adicionalmente, os relatos dos cuidadores e familiares são fundamentais para identificar a presença dessas alterações e contribuir para o diagnóstico da condição durante internações agudas. Algumas ferramentas podem auxiliar na identificação dos quadros de delírium em idosos admitidos para internações por quadros agudos. Dentre elas está o 4AT, instrumento que deve ser aplicado logo na admissão (GARCEZ et al., 2020).

2.4 Abordagem inicial do quadro suspeito de Delírium

Perante casos suspeitos de delírium (casos novos ou casos já diagnosticados com piora clínica associada) a equipe médica deve ser acionada para avaliação. O médico tem até 30 minutos para avaliar o paciente, exceto em contextos de instabilidade hemodinâmica, rebaixamento do nível de consciência, os quais exigem avaliação imediata por parte da equipe. No momento em que o paciente for avaliado o profissional deve possuir em mãos a ferramenta utilizada no protocolo da instituição para não esquecer nenhum elemento utilizado como avaliação no diagnóstico (HCOR, 2020).

As ferramentas podem ser utilizadas por qualquer profissional de saúde e são variáveis de acordo com o local de internação do paciente. Neste protocolo, o foco de análise principal está centrado nos pacientes que se encontram nos leitos de pronto-socorro e enfermaria (4AT). No ambientes de terapia intensiva, outra ferramenta utilizada como base para avaliação complementar e confirmação diagnóstica é a CAM-ICU (Figura 1).

Figura 1 – Método de avaliação da confusão mental na UTI – CAM-ICU.



Fonte: SOUZA, Patrícia.

Após a análise desses instrumentos, a confirmação do quadro de delirium pode ser auxiliada pelo uso de outro questionário, o Manual diagnóstico e estatístico de transtorno mental DSM-V, o qual possui os seguintes questionamentos:

- Desenvolve-se em um curto período de tempo?
- Distúrbio de atenção?
- Distúrbio adicional de cognição
- As manifestações não são mais bem explicadas por uma condição preexistente?
- O distúrbio é causado por uma condição clínica, intoxicação exógena ou retirada de medicações?

2.4.1 Protocolo de delirium em contextos de sepse e AVC

Além do quadro de delirium, outras condições clínicas também podem levar a estados confusionais agudos, como a sepse e o AVC. Nesses contextos, sugere-se que o paciente seja avaliado para verificar se possui disfunções orgânicas atreladas a processos infecciosos ou a quadros neurológicos. Em especial, quando houver suspeição de AVC pode ser utilizada a escala de Cincinati para avaliar a probabilidade (HCOR, 2020).

Caso seja confirmada ou exista alta suspeição clínica para essas condições os protocolos institucionais feitos para essas apresentações devem ser priorizados em detrimento do protocolo de delirium, visto que o tempo de intervenção é primordial nesses quadros. Entretanto, vale ressaltar que essas manifestações clínicas podem coexistir no mesmo paciente, exigindo tratamento de todas as enfermidades (HCOR, 2020).

2.5 Ferramenta de avaliação para o diagnóstico

Figura 2 – Protocolo 4AT



Teste para avaliação de delírium & comprometimento cognitivo

(etiqueta)

Nome do paciente:

Data de nascimento:

Número de identificação:

Data:

Horas:

Avaliador:

[1] NÍVEL DE ALERTA **ASSINALE**

Isso inclui pacientes que podem estar com sonolência acentuada (por exemplo, difícil de despertar e/ou obviamente sonolentos durante a avaliação) ou agitação/hiperatividade. Observe o(a) paciente. Se estiver dormindo, tente acordar com a fala/discursão ou toque suave no ombro. Peça ao paciente para dizer o seu nome e endereço para auxiliar na avaliação.

Normal (totalmente alerta, mas não agitado(a), durante toda avaliação)	0
Sonolência leve por <10 segundos após acordar, depois normal	0
Claramente anormal	4

[2] AMT4

Idade, data de nascimento, local (nome do hospital ou edifício), ano atual.

Sem erros	0
1 erro	1
2 ou mais erros / Impossível avaliar	2

[3] ATENÇÃO

Pergunte ao paciente: "Por favor, diga os meses do ano de trás para frente, a partir de dezembro."

Para auxiliar a compreensão inicial, é permitido ajudar perguntando "qual é o mês que vem antes de dezembro?".

Meses do ano ao contrário	0
Acerta 7 meses ou mais	0
Começa mas pontua <7 meses / recusa-se a começar	1
Impossível avaliar (não consegue começar porque está mal, sonolento, desatento)	2

[4] MUDANÇA AGUDA OU CURSO FLUTUANTE

Evidência de mudança significativa ou flutuação em: nível de alerta, cognição, e/ou outra função mental (ex: paranoia, alucinações), surgidas nas últimas 2 semanas e ainda evidentes nas últimas 24 horas.

Não	0
Sim	4

4 ou mais: delírium possível +/- comprometimento cognitivo

1-3: comprometimento cognitivo possível

0: delírium ou comprometimento cognitivo grave/improváveis

(mas delírium ainda possível se item [4] incompleto)

PONTUAÇÃO 4AT

ORIENTAÇÕES Versão 1.2 em inglês. Informações e download: www.the4at.com

O 4AT é um instrumento de triagem projetado para avaliação inicial rápida de delírium e comprometimento cognitivo. Uma pontuação de 4 ou mais sugere delírium, mas não é diagnóstico; pode ser necessária uma avaliação mais detalhada do estado mental para chegar a um diagnóstico. Uma pontuação de 1-3 sugere comprometimento cognitivo, mas testes cognitivos mais detalhados e informações adicionais de anamnese são necessários. Uma pontuação de 0 não exclui definitivamente delírium ou comprometimento cognitivo; testes mais detalhados podem ser necessários, dependendo do contexto clínico. Os itens 1-3 são classificados apenas com base na observação do(a) paciente no momento da avaliação. O item 4 requer informações de uma ou mais fontes, por exemplo, seu conhecimento sobre o paciente, outro profissional que conheça o(a) paciente (por exemplo, enfermeiro da enfermagem), informações do seguimento ambulatório, anotações sobre o caso, cuidadores etc. O avaliador também deve ter em consideração eventuais dificuldades de comunicação (deficiência auditiva, dafese, falta de proficiência na língua) durante a realização do teste e na interpretação dos resultados. Nível de alerta: Atenção do nível de alerta no ambiente hospitalar tem alta probabilidade de ser delírium. Se o(a) paciente apresentar alterações significativas de atenção na avaliação à beira do leito, pontua 4 neste item. AMT4 (Teste Mental Abreviado - 4): Esta pontuação pode ser estendida de 4 para 10 se este for realizado imediatamente antes. Mudança Aguda ou Curso Flutuante: Flutuação pode ocorrer sem delírium em alguns casos de demência, mas flutuação acentuada geralmente indica delírium. Para ajudar a caracterizar alucinações e/ou pensamentos paranoides faça perguntas como: "Está preocupado(a) com alguma coisa que vem acontecendo aqui?", "Sente-se assustado(a) com alguma coisa ou alguém?", "Tem visto ou ouvido algo estranho ou fora do comum?"

Garcez, F.B.; Mello, R.G.B.; Norte, G.; Avelino-Silva, T.J. (2020) Versão 1.0 Português. ©2011-2014 Macmillan, Aspen, Elsevier

Fonte: GARCEZ, F. B.; MELLO, R. G. B.; NORTE, G.; AVELINO-SILVA (2020)

2.6 Divisão dos quadros de delírium quanto à motricidade

Após o diagnóstico, o delírium pode ser subdividido quanto à apresentação motora, conforme descrito a seguir (HCOR, 2020).

2.6.1 Delírium hiperativo

Raramente passa despercebido, pois o paciente apresenta sinais clínicos como agitação, irritabilidade, alucinações visuais e sensitivas (HCOR, 2020).

2.6.2 Delirium hipoativo

Mais comum em indivíduos idosos. Pode passar despercebido já que o paciente apresenta lentificação, apatia, sonolência (HCOR, 2020).

2.6.3 Delirium misto

Ocorre quando o paciente apresenta alternância entre as duas manifestações. Geralmente apresenta sonolência ao longo do dia e agitação/irritabilidade a partir do final da tarde e no período da noite (HCOR, 2020).

2.7 Diagnósticos diferenciais a serem considerados

Alguns diagnósticos diferenciais do delirium devem ser considerados, conforme os exemplos listados abaixo (HCOR, 2020).

2.7.1 Demência

Ao contrário do quadro de delirium, nos quadros demenciais o paciente evoluiu com alterações cognitivas insidiosas, que não costumam ser flutuantes. O nível de consciência e atenção está preservado. Nessa condição é essencial coletar a história com os acompanhantes para verificar se o paciente já possuía alterações prévias a internação (HCOR, 2020).

2.7.2 Transtornos psiquiátricos primários

Os quadros de delirium hiperativo podem ser confundidos com outras condições como esquizofrenia ou fase de mania dos transtornos bipolares. Os transtornos psiquiátricos geralmente não cursam com alterações do nível de consciência e atenção. Dessa maneira é fundamental avaliar o histórico patológico pregresso do paciente (HCOR, 2020).

2.7.3 Lesão cerebral

Quadros confusionais agudos podem ocorrer por lesões intracranianas (AVCs, hematoma subdural...), mesmo que não haja déficits neurológicos. Investigar em contextos de baixa suspeição para delirium, em contextos de evoluções clínicas inesperadas (HCOR, 2020).

2.7.4 Delirium tremens

Ocorre no contexto de pacientes com histórico prévio de etilismo que estão internados e que não ingerem álcool por um período superior a três ou quatro dias. As manifestações clínicas desses pacientes são: taquicardia, febre, tremores, hipertensão, agitação, alucinações, sudorese profusa. Esses pacientes devem ser mantidos em jejum para evitar broncoaspiração. A tiamina deve ser feita via EV 500 mg em 30 minutos, com dose de manutenção de 200 mg três vezes ao dia por 03 dias. Posteriormente à infusão de tiamina, esses pacientes devem receber hidratação com solução glicofisiológica (70 a 100 ml/h) durante o período de jejum.

Simultaneamente, esses pacientes podem necessitar do uso de benzodiazepínicos EV (Diazepam 5-10 mg) com doses repetidas até obter sedação leve. Posteriormente pode ser feita transição para via oral (5 a 20 mg) a cada 4-6 horas. Pacientes com estado grave devem ser avaliados de hora em hora em ambiente de terapia intensiva. Pacientes com quadros mais brandos podem ser avaliados a cada 4-6 horas. Devem ser solicitados exames complementares como enzimas hepáticas, enzimas pancreáticas e canaliculares, eletrólitos, função renal (HCOR, 2020).

2.7.5 Estado Epiléptico não convulsivo

Esses pacientes podem apresentar quadro de fasciculação de músculos faciais, nistagmo, automatismo da boca sem etiologia definida. Podem se beneficiar de avaliação complementar como eletroencefalograma visto diagnóstico obscuro (HCOR, 2020).

2.7.6 Encefalopatia hepática

Pode apresentar manifestações comuns aos quadros de delirium. O paciente pode manifestar quadros de sonolência, agitação, irritabilidade, confusão mental. Contudo, por estar associado a contextos de hepatopatias agudas ou crônicas, geralmente apresentam outras manifestações como ascite, icterícia, bradicinesia, ataxia, flapping, nistagmo, rigidez, mioclonia. Pode ser feita dosagem de amônia, entretanto não há aumento de sensibilidade e especificidade. O tratamento se baseia no uso de lactulose, antibióticos orais, ornitina (HCOR, 2020).

2.8 Investigação de fatores precipitantes

A investigação de fatores precipitantes que podem ser corrigidos é imprescindível no contexto de delirium. Na tabela 1 a seguir estão alguns desses elementos (HCOR, 2020).

Quadro 1 – Fatores precipitantes e pontos de atenção para avaliação

PRECIPITANTE	COMENTÁRIOS	AÇÕES
Infecção	Os quadros infecciosos podem ter apresentação atípica entre os idosos. O delirium frequentemente aparece como manifestação inicial de uma infecção.	Checar temperatura, leucócitos e marcadores inflamatórios das últimas 48h. Considere análise de urina. Atenção à propedêutica pulmonar e abdominal.
Desidratação	Comum nos quadros de diarreia e vômito. Também pode ocorrer nos idosos com baixa ingestão alimentar, em uso de diuréticos e acesso limitado aos líquidos (restrição hídrica, líquidos espessados, demência, imobilidade).	Checar diurese, balanço hídrico, evolução de peso. Examinar turgor da pele, hidratação de mucosas. Avaliar capacidade de ingestão hídrica.
Distúrbios Eletrolíticos e Metabólicos	Os distúrbios mais comuns são uremia, hiperglicemia, alterações de sódio e cálcio. Deficiência de vitamina B12 ou tiamina e hipotireoidismo podem ser considerados se a investigação inicial for infrutífera.	Checar os níveis de sódio, cálcio, glicemia, ureia, transaminases e função hepática das últimas 48 horas.
Hipoperfusão ou Hipóxia	São fatores precipitantes de delirium comuns nos quadros de sepse grave, choque cardiogênico e insuficiência respiratória.	Checar pressão arterial, sinais de perfusão periférica e saturação. Considerar a possibilidade de gasometria arterial com lactato.
Medicações	Risco elevado em pacientes com polifarmácia, em uso de medicações psicotrópicas e anticolinérgicas. Atenção aos idosos com clearance renal reduzido e sarcopenia, nos quais a farmacocinética pode estar alterada e doses usuais podem ser iatrogênicas.	Revisar a prescrição com atenção a medicações anticolinérgicas, opioides, benzodiazepínicos e outras com atividade em sistema nervoso central.
Dor	Pacientes com demência avançada não expressam sintomas. Observar sinais como gemência, inquietação, taquipneia, posição rígida, expressão facial. Atenção às causas negligenciadas de dor no paciente com demência, incluindo retenção urinária, abdome agudo e úlcera de pressão.	Investigar a dor ativamente. Considerar a otimização da prescrição privilegiando os analgésicos não opioides. No entanto, não deixe de utilizar opioides em doses baixas se for necessário.
Imobilidade	A imobilidade por períodos prolongados pode ser uma causa dor osteomuscular, inquietação e sensação de aprisionamento.	Considerar a possibilidade de transferir o paciente para a poltrona ou diminuir o intervalo de reposicionamento.
Obstipação	A obstipação está associada aos quadros de delirium por mecanismos pouco conhecidos, mas que podem envolver o próprio desconforto abdominal.	Checar a data da última evacuação e considerar a necessidade de medidas farmacológicas.
Sondas, Cateteres e Contenção Física	Esses dispositivos podem trazer restrição, incômodo, dificuldade de posicionamento no leito e sensação de aprisionamento.	Verificar a possibilidade de retirar os dispositivos o mais breve possível.

Fonte: HCOR (2020)

2.9 Exames complementares

Alguns exames são essenciais para avaliação do quadro de delirium. Caso esses exames não tenham sido solicitados, tal medida deve ser feita para avaliação complementar. Se eles já foram realizados há mais de 48 horas, devem ser atualizados. Dentre os principais exames estão o hemograma, função renal e função hepática, eletrólitos, glicemia, marcadores inflamatórios e EAS. Conforme o contexto do paciente também podem ser pedidos outros como vitamina B12 e função tireoidiana. Pacientes que usam medicação como lítio ou digoxina podem ser submetidos à avaliação das dosagens séricas dessas substâncias (HCOR, 2020).

Outra avaliação complementar que pode ser solicitada precocemente é a Tomografia de crânio sem contraste, principalmente pelo fato de que nem todas as lesões neurológicas causarão déficits focais. Por ser um exame rápido e fácil de executar, pode auxiliar no contexto do delirium (HCOR, 2020).

Nos contextos que esses exames não forem suficientes para elucidação diagnóstica, outras avaliações podem ser implementadas como análise de líquido cefalorraquidiano e eletroencefalograma (tabela 2) (HCOR, 2020).

Quadro 2 – Possíveis indicações de exames complementares

	IMAGEM	LCR	EEG
Déficit focal no exame neurológico	●		
Incapaz de cooperar no exame neurológico	●		
História de trauma (incluindo queda)	●		
Delirium iniciado após início de anticoagulação plena	●		
Quadro infeccioso sem foco determinado	●	●	
Presença de cefaleia persistente	●	●	
Antecedente de epilepsia			●
Fasciculação de músculos faciais, nistagmo ou automatismos da boca			●
Etiologia indeterminada (não explicada por outros fatores clínicos)	●	●	●
Sem melhora após tratamento dos fatores precipitantes identificados	●	●	●

Fonte: HCOR (2020)

2.10 Avaliação de especialistas

A avaliação de especialistas não é obrigatória, contudo, nos casos de difícil diagnóstico e manejo clínico, tais avaliações podem auxiliar na resolução do problema. Em casos de suspeição de transtornos psiquiátricos primários, sintomas psicóticos e atípicos, solicitar a avaliação do psiquiatra. Em caso de déficits neurológicos focais, estado epilético e suspeita de doenças neurológicas deve ser pedido o auxílio ao neurologista. Nos contextos de idosos com múltiplas comorbidades, em uso de diversas medicações, frágil, solicitar avaliação conjunta da geriatria (HCOR, 2020).

2.11 Tratamento

O tratamento do delirium pode ser conduzido através de abordagens não medicamentosas ou medicamentosas, descritas nos próximos tópicos (HCOR, 2020).

2.11.1 Abordagem não farmacológica

Algumas formas de tratamento não medicamentoso foram mencionadas previamente. Reforçando algumas dessas ações, é primordial que seja garantido o ciclo sono-vigília do paciente, orientação temporo-espacial, sensação de familiaridade com o ambiente, manutenção de atividades que promovam estímulo cognitivo ao paciente (HCOR, 2020).

Outras medidas importantes que devem ser promovidas são: o fornecimento de folhetos informativos aos familiares que expliquem a condição clínica de modo compreensível para indivíduos que não sejam da área da saúde; a reorientação constante ao paciente sobre o motivo da internação, planejamento de cuidados, local em que se encontra, datas, horários; além disso, pacientes com quadro de delirium devem ser colocados próximos aos postos de enfermagem para facilitar os cuidados. (HCOR, 2020).

Por fim, algumas técnicas específicas de comunicação precisam ser desenvolvidas, como valorização das preocupações do paciente (dando razão aos seus questionamentos, não o corrigindo mesmo que apresente ideias sem sentido, não tentar provar algo com raciocínios lógicos, não zombar). Além disso, o toque como um aperto de mão, por exemplo, é importante para otimização do elo entre profissionais e enfermo (HCOR, 2020).

2.11.2 Medicações

Não existe uma comprovação exata de medicações que são eficazes para tratamento de delirium, porém, os antipsicóticos são amplamente utilizados na prática clínica (NEUFELD et al. 2016). Vale ressaltar que o tratamento medicamentoso deve ser empregado nas situações em que todas as medidas não farmacológicas foram realizadas e não produziram o efeito esperado, em casos de agitação grave, sintomas psicóticos. Essas medicações também podem estar vinculadas a efeitos adversos como eventos cerebrovasculares, sedação excessiva e pneumonia broncoaspirativa. Não é definida superioridade de um fármaco em detrimento de outro. A escolha deve ser baseada no perfil farmacológico, efeitos colaterais, posologia (HCOR, 2020)

2.11.2.1 Haloperidol

Medicação mais utilizada na prática clínica por causa do menor poder sedativo e por ter maior número de análises sobre os efeitos da medicação. Deve ser evitada nos quadros de parkinsonismo. Nos casos de infusão endovenosa é importante monitorizar o paciente pelo risco de prolongamento do intervalo QT. Pode ser feito por via oral, intramuscular ou endovenosa. Em situações de agitação severa e agressividade, deve ser feito na dose de 1 mg a 2,5 mg em dose única, com intervalos de 30-60 minutos entre as doses. Em caso de falha pode ser repetido após esse prazo (HCOR, 2020).

2.11.2.2 Risperidona

Antipsicótico atípico, com potência semelhante ao haloperidol. Deve ter a dosagem corrigida nos casos de insuficiência renal ($\text{ClCr} < 30 \text{ ml/min}$). Tem afinidade por receptores alfa 2, o que pode agravar quadros como hipotensão ortostática (HCOR, 2020).

2.11.2.3 Olanzapina

Atua em diversos receptores. Durante os períodos de internação pode favorecer o ganho ponderal, reduzir sintomas como náuseas. Entretanto pode levar a sedação, descontrole glicêmico. Por ter a meia vida prolongada (em média 30 horas) pode impedir a rápida titulação e interferir no manejo do delirium (HCOR, 2020).

2.11.2.4 Quetiapina

Medicação escolhida nos contextos de parkinsonismo. Tem curto período de meia vida (6h em média), o que facilitar a titulação e manejo da droga no ambiente hospitalar. Para ter benefícios no delirium, foi verificada a necessidade de doses entre 100 a 400 mg/dia. (principalmente nas unidades de terapia intensiva). Entretanto, o uso de doses elevadas deve ser feito com cautela, já que alguns efeitos colaterais podem ser potencializados, como hipotensão postural, sedação, efeitos angicolinérgicos (HCOR, 2020).

2.11.2.5 Outros antipsicóticos atípicos

Como principais exemplos estão a Ziprazidona, a Clozapina e o Aripiprazol. O Aripiprazol carece de estudos e uso na prática clínica que defina de vez o benefício. A Clozapina foi associada em alguns casos como fator indutor do quadro de delirium. A Ziprazidona apresentou efeito colateral significativo- prolongamento do intervalo QT. (HCOR, 2020).

2.11.2.6 Antipsicóticos típicos de baixa potência

Como principais agentes dessa classe estão a Clorpromazina (Amplictil), a Tioridazina (Melleril), a Levomepromazina (Neozine) e a Periciazinha (Neuleptil). Elas necessitam de altas doses para alcançar efeitos antipsicóticos, tendo como consequência efeito sedativo intenso. Dessa maneira, devem ser evitados nos caso de delirium em pacientes hospitalizados. (HCOR, 2020).

2.11.2.7 Dexmedetomidina (Precedex)

Agonista seletivo de alfa-2 adrenérgico. Essa medicação tem como característica capacidade de sedação, analgesia e ação ansiolítica. Esse fármaco pode ser utilizado tanto em pacientes que estão intubados quanto em pacientes que estão em ar ambiente. No entanto, é importante mantê-los monitorizados, pois pode causar bradicardia, hipotensão e sedação excessiva. Vale ressaltar que a dexmedetomidina causa mínima depressão respiratória e sedação mais leve (HCOR, 2020).

Pacientes com quadros de delirium e que necessitam de sedação têm benefício comprovado com a dexmedetomidina. Porém, em pacientes que não precisam de sedação o uso ainda é controverso. Alguns estudos foram feitos para avaliar os resultados do uso de Precedex nesse contexto. Uma revisão sistemática feita por Flukiger et al., (2018) não confirmou o benefício do uso dessa medicação como primeira linha no tratamento de delirium.

Nas UTI's é recomendado que a dexmedetomidina seja utilizada como segunda linha nos casos dos pacientes que possuem agitação grave. Em contrapartida, um estudo randomizado com pequena amostragem, Carrasco et al. (2016) verificou superioridade do uso da dexmedetomidina quando comparado ao Haloperidol. Desse modo, conclui-se que apesar dos benefícios, mais evidências são necessárias para confirmar em qual linha de tratamento deve ser empregada a medicação.

Quando administrada, deve ser infundida da seguinte forma: 01 ampola de 02 ml (100 mcg/ml) em 48 ml de SF 0,9%, ou 02 ampolas (400 mcg) em 96 ml de SF 0,9%. Em um período de 10 minutos deve ser feita uma dosagem de 1 mcg/kg. Posteriormente deve ser feita dose de manutenção de 0,2 a 0,7 mcg/kg/hora (HCOR, 2020).

2.11.2.8 Clonidina

Encontra-se na mesma classe do Precedex (agonista alfa-2). Possui efeitos semelhantes, contudo com menor seletividade. Ainda carece de estudos para avaliar os benefícios no contexto do delirium. Na prática clínica é utilizada no processo de desmame da dexmedetomidina, principalmente em pacientes que não ficaram em leitos monitorizados (NEERLAND et al., 2015).

As doses administradas devem ser feitas da seguinte forma: no primeiro dia de uso 0,1 mg de 3 e 3 horas, com no máximo 04 doses. Para manutenção 0,1 mg de 12 em 12 horas. Pelo potencial de hipotensão e bradicardia, a medicação não deve ser feita se PAS < 120 mmHg ou FC < 60 bpm. Em caso de realização da primeira dose, as infusões subsequentes não devem ser realizadas ou devem ser adiadas se PAS < 100 mmHg ou FC < 50 bpm (HCOR, 2020).

2.11.2.9 Melantonina e análogos

Esse grupo de medicamentos tem como vantagem os baixos riscos de efeitos colaterais, sendo uma possibilidade aventada para o tratamento do delírium. Quanto a administração do fármaco, a Melatonina pode ser feita na dose de 3 a 6 mg 30 minutos antes de dormir. O uso pode ser considerado especialmente nos casos de delírium nos quais há uma alteração do ciclo sono-vigília. Entretanto, ainda não existem evidências sólidas quanto ao uso da Melatonina visto que ainda existem poucos estudos que analisaram o benefício. Também há um análogo da melatonina, denominado Ramelteon, para o qual poucos estudos foram efetuados até o momento que comprovem os resultados do uso da medicação (HCOR, 2020).

2.11.2.10 Tiamina

Fármaco amplamente utilizado no contexto de pacientes que possuem histórico prévio de alcoolismo ou desnutrição e que apresentam sinais clínicos sugestivos de encefalopatia. As principais alterações verificadas nessas situações são confusão mental, ataxia, alteração da motricidade ocular. Porém, é importante destacar que nem sempre todos esses sintomas estarão presentes, o que contribui para o subdiagnóstico.

Devido ao baixo risco de efeitos adversos, a Tiamina deve ser feita em pacientes que apresentam quadros de delírium, com alterações como confusão mental, com o intuito de prevenção de piores desfechos como a encefalopatia de Wernick. A dose inicial é feita por via endovenosa, 500 mg em 30 minutos. Posteriormente deve ser mantida na dose de 200 mg 3 vezes ao dia por 03 dias (GALVIN et al., 2010).

2.11.2.11 Benzodiazepínicos

Pela possibilidade de aumentarem o estado confusional, causar agitação paradoxal ou sedação excessiva deve ser evitado nos quadros de delírium. Em situações de uso prévio, pode ser mantido o uso de medicação para evitar abstinência, contudo é importante avaliar a redução da dose diária em 50%. Na vigência de delírium tremens ou em períodos de sedação paliativa (momentos finais de vida), podem ser empregados, tanto para tratamento quanto para medidas de conforto, respectivamente (HCOR, 2020).

2.12 Contenção física

A contenção física é um fator que contribui para a acentuação do quadro de delirium. Nos pacientes que apresentam nível de consciência mínimo, pode ser interpretada como agressão física. Nos pacientes que apresentam quadros torporosos, pode ser vista como outro fator que gera desconforto ao paciente. Dessa maneira, deve ser empregada exclusivamente nas situações em que o paciente coloca a sua integridade ou a de terceiros em risco (HCOR, 2020).

Outras conseqüências geradas pela contenção são aumento do risco de desenvolvimento de lesões por pressão (visto a imobilidade no leito), aumento do risco de broncoaspiração por dificultar a dinâmica respiratória, potencialização de dores musculares. Em um estudo prospectivo que analisou 311 pacientes internados e que apresentaram quadros de delirium, aqueles que foram contidos fisicamente possuíam risco de óbito nove vezes maior (GROVER et al., 2013).

Portanto, todas as medidas farmacológicas e não farmacológicas devem ser promovidas antes de seguir com a conduta de conter fisicamente o enfermo. Independente da situação em que esteja, ele deve ser informado sobre qual o motivo dessa ação, além de esclarecer aos familiares. Ademais, o paciente deve ser avaliado constantemente conforme o protocolo, e deve ter planejamento de retirada mais brevemente possível dos dispositivos de contenção física, conforme evolução (HCOR, 2020).

2.13 Reavaliações e seguimento

Pacientes que apresentam quadros de delirium no pronto socorro devem ser transferidos aos leitos de enfermaria, pois o ambiente conturbado favorece a piora do delirium. Além disso, os que possuem outras condições associadas que são potencialmente graves (AVCs, sepse, choque séptico e outros) e possuem delirium sobreposto devem ser mantidos em leitos de UTI. Em caso de melhora clínica, ou em situações que não haja doença que exija monitorização constante, podem ser enviados a leitos de enfermaria (HCOR, 2020)

Aqueles que apresentam quadros delirium com agitação grave (exclusivamente) não devem ser enviados as unidades de terapia intensiva, porque podem piorar o quadro de base. Deve receber medidas farmacológicas para tratamento e serem reavaliados em intervalos de 30 a 60 minutos (HCOR, 2020).

As equipes que fazem acompanhamento regular do paciente devem ser mencionadas por médicos de plantão que são solicitados para avaliar quadros de delirium a fim de estabelecer um planejamento terapêutico para cuidado do paciente (HCOR, 2020).

2.14 Prognóstico

Mesmo após alta o quadro de delirium pode persistir por meses. Em alguns casos o paciente não teve retorno do quadro de consciência prévio após desenvolver delirium. Essa condição é potencialmente reversível, no entanto tem duração variável. Nesse viés, os familiares devem ser informados quanto à possibilidade de reversão do quadro, mas também da probabilidade de manutenção dessas manifestações mesmo após a alta (HCOR, 2020).

Uma revisão sistemática abrangendo 18 estudos, Cole et al., (2009) constataram que 45% dos pacientes que apresentaram delirium durante uma internação receberam alta mantendo o quadro. No seguimento domiciliar, 33% ainda possuíam delirium após 1 mês, 26% após 3 meses e 21% após 6 meses.

2.15 Indicadores

Utilizados como ferramentas para avaliar a eficácia do tratamento de delirium. Quatro indicadores devem ser avaliados:

2.15.1 Avaliação médica em tempo hábil

Para chegar à média de casos avaliados em tempo hábil é necessário calcular o número de pacientes que foram avaliados pela equipe médica em até 30 minutos, dividindo pelo total de pacientes com manifestações clínicas sugestivas de delirium (com indicação de avaliação por meio do protocolo). O ideal é que o resultado seja equivalente a 90% ou mais dos casos (HCOR, 2020).

2.15.2 Porcentagem de correção dos fatores precipitantes

O cálculo da porcentagem de correção dos fatores precipitantes deve ser feito dividindo o número de registros de tentativa de corrigir pelo menos um fator precipitante no

prontuário médico, pelo número de casos que realmente foram diagnosticados com delirium. A meta é que esse número corresponda a 50% ou mais (HCOR, 2020).

2.15.3 Prescrição de antipsicóticos

Quanto à média de prescrição de antipsicóticos, para ser calculada é necessário dividir o número de casos avaliados pela equipe médica, nos quais foram prescritos algum antipsicótico pelo total de casos com diagnóstico de delirium. O resultado ideal é que seja inferior a 50% (HCOR, 2020).

2.15.4 Prescrição de benzodiazepínicos

Por fim, em relação ao cálculo da média de prescrição de benzodiazepínicos, os casos que foram tratados com esse princípio ativo após a avaliação devem ser divididos pelo total de casos que foram diagnosticados como delirium. A meta é que o resultado seja inferior a 5% (HCOR, 2020)

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os episódios de delirium são manifestações recorrentes no cotidiano hospitalar. Devido à diversidade de apresentações clínicas, a existência de inúmeros diagnósticos diferenciais com sintomas comuns e ao diagnóstico essencialmente clínico torna-se desafiador aos profissionais de saúde reconhecer precocemente essa condição. Ferramentas de triagem como o 4AT são indispensáveis para aperfeiçoar o reconhecimento do delirium e permitir o manejo adequado.

O tratamento é pautado em ações farmacológicas e não farmacológicas, de modo que devem ser priorizadas inicialmente as medidas não farmacológicas. No entanto, cada caso deve ser individualizado. Os pacientes podem apresentar resolução ao longo da internação ou persistir as apresentações clínicas por um período prolongado após a alta. Vale destacar que o delirium pode coexistir com outras enfermidades. Por último, análises recorrentes devem ser feitas sobre a prestação de atendimento aos enfermos a fim de melhorar a identificação, o tratamento, o prognóstico e os desfechos dos quadros de estado confusional agudo.

REFERÊNCIAS

ANDERSEN-RANBERG, N. C. et al. Haloperidol for the Treatment of Delirium in ICU Patients. *The new england journal of medicine*, Boston, 2022. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2211868>. Acesso em: 04 jan. 2026.

APA – American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013. Disponível em: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>. Acesso em: 13 jan. 2026.

CARRASCO, G.; BAEZA, N.; CABRÉ, L.; PORTILLO, E.; GIMENO, G.; MANZANEDO, D.; CALIZAYA, M. Dexmedetomidine for the treatment of hyperactive delirium refractory to haloperidol in nonintubated ICU patients: a nonrandomized controlled trial. *Critical Care Medicine*, v. 44, n. 7, p. 1295–1306, jul. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26925523/>. Acesso em: 13 jan. 2026. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001622>

COLE, M. G.; CIAMPI, A.; BELZILE, E.; ZHONG, L. Persistent delirium in older hospital patients: a systematic review of frequency and prognosis. *Age and Ageing*, v. 38, n. 1, p. 19–26, jan. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19017678/>. Acesso em: 13 jan. 2026. <https://doi.org/10.1093/ageing/afn253>

DUAN, X.; COBURN, M.; ROSSAINT, R.; SANDERS, R. D.; WAESBERGHE, J. V.; KOWARK, A. Efficacy of perioperative dexmedetomidine on postoperative delirium: systematic review and meta-analysis with trial sequential analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Anaesthesia*, v. 121, n. 2, p. 384–397, ago. 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0007091218304471>. Acesso em: 13 jan. 2026. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.04.046>

FLÜKIGER, J.; HOLLINGER, A.; SPEICH, B.; MEIER, V.; TONTSCH, J.; ZEHNDER, T.; SIEGEMUND, M. Dexmedetomidine in prevention and treatment of postoperative and intensive care unit delirium: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Intensive Care*, v. 8, n. 1, p. 92, 20 set. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30238227/>. Acesso em: 13 jan. 2026. <https://doi.org/10.1186/s13613-018-0437-z>

FICK, Dona M et al. The Ultra-Brief Confusion Assessment Method (UB-CAM) - A New Approach for Rapid Diagnosis of CAM-Defined Delirium. Disponível em: <https://research.bidmc.org/files/edward-marcantonio/files/the-ub-cm-training-manual-04052023.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2026.

GALVIN, R.; BRÅTHEN, G.; IVASHYNKA, A.; HILLBOM, M.; TANASESCU, R.; LEONE, M. A.; EFNS. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. *European Journal of Neurology*, v. 17, n. 12, p. 1408–1418, dez. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20642790/>. > Acesso em: 13 jan. 2026. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2010.03153.x>

GARCEZ, F. B.; MELLO, R. G. B.; NORTE, G.; AVELINO-SILVA, T.J. 4 AT Teste para avaliação de delirium e comprometimento cognitivo. 2020. Disponível em:

<https://www.the4at.com/>. Acesso em: 04 jan. 2026.

GROVER, S.; GHORMODE, D.; GHOSH, A.; AVASTHI, A.; CHAKRABARTI, S.; MATTOO, S. K.; MALHOTRA, S. Risk factors for delirium and inpatient mortality with delirium. *Journal of Postgraduate Medicine*, v. 59, n. 4, p. 263–270, out./dez. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24346382/>. Acesso em: 13 jan. 2026. <https://doi.org/10.4103/0022-3859.123147>

HCOR. Hospital do Coração. Protocolo de delirium – Prevenção, detecção e tratamento. 2020. Disponível em: <https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/2020/11/6-Protocolo-Delirium.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2026.

HIROTA, T.; KISHI, T. Prophylactic antipsychotic use for postoperative delirium: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 74, n. 12, e1136–e1144, dez. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24434102/>. Acesso em: 13 jan. 2026. <https://doi.org/10.4088/JCP.13r08512>

INOUE, S. K.; BOGARDUS, S. T. Jr.; BAKER, D. I.; LEO-SUMMERS, L.; COONEY, L. M. Jr. The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 48, n. 12, p. 1697–1706, dez. 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11129764/>. Acesso em: 13 jan. 2026. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2000.tb03885.x>

PENFOLD, Rose S. et al. Using scores from the 4AT delirium detection tool as an indicator of possible dementia: a study of 75 221 older adult hospital admissions. *Age and Ageing*, V. 54, Issue 6, 2025. Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article/54/6/afaf144/8163459>. Acesso em: 04 jan. 2026. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf144>

MALDONADO, J. R. Delirium pathophysiology: an updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26 dez. 2017. DOI: 10.1002/gps.4823. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29278283/>. Acesso em: 13 jan. 2026.

MARCANTONIO, E. R. Delirium in hospitalized older adults. *The New England Journal of Medicine*, v. 377, n. 15, p. 1456–1466, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29020579/>. Acesso em: 13 jan. 2026. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1605501>

NEERLAND, B. E.; HOV, K. R.; BRUUN WYLLER, V.; QVIGSTAD, E.; SKOVLUND, E.; MACLULLICH, A. M.; BRUUN WYLLER, T. The protocol of the Oslo Study of Clonidine in Elderly Patients with Delirium (LUCID): a randomised placebo-controlled trial. *BMC Geriatrics*, v. 15, p. 7, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25887557/>. Acesso em: 13 jan. 2026. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0006-3>

NEUFELD, K. J.; YUE, J.; ROBINSON, T. N.; INOUE, S. K.; NEEDHAM, D. M. Antipsychotic medication for prevention and treatment of delirium in hospitalized adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 64, n. 4,

p. 705–714, abr. 2016. Disponível em:
<https://pure.johnshopkins.edu/en/publications/antipsychotic-medication-for-prevention-and-treatment-of-delirium/>. Acesso em: 13 jan. 2026. <https://doi.org/10.1111/jgs.14076>

NG, K. T.; SHUBASH, C. J.; CHONG, J. S. The effect of dexmedetomidine on delirium and agitation in patients in intensive care: systematic review and meta-analysis with trial sequential analysis. *Anaesthesia*, 27 out. 2018. DOI: 10.1111/anae.14472. Disponível em: <https://associationofanaesthetists-publications.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/anae.14472>. Acesso em: 13 jan. 2026.

SOUZA, Patrícia. Cam ICU Adaptado. Disponível em:
<https://pt.scribd.com/document/860606352/CAM-ICU-ADAPTADO>. Acesso em: 19 jan. 2026.