

DELIRIUM E DÉFICE COGNITIVO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

PORQUE É IMPORTANTE?

Problemas cognitivos, incluindo o Delirium e Demência, são comuns nas pessoas idosas que recorrem ao Serviço de Urgência (SU). Até 20% destes idosos têm algum grau de compromisso cognitivo pré-existente.

O Delirium afeta cerca de 10% dos idosos no SU. A permanência prolongada no SU está associada ao desenvolvimento de delirium em pessoas vulneráveis. Na presença de delirium a taxa de mortalidade triplica. Também está associado ao aumento do declínio funcional e cognitivo e a permanência mais longa no hospital.

Foi demonstrado que em mais de 50% dos casos o delirium não é diagnosticado no SU.

COMO RECONHECER IDOSOS COM DELIRIUM /DÉFICE COGNITIVO?

Use uma ferramenta para identificar o Delirium, como a 4AT, e associe essa identificação a ações em torno dos cuidados, tais como reavaliação precoce, gestão do doente em espaços pré designados, avaliação direcionada e internamento precoce.

O QUE PODEMOS FAZER?

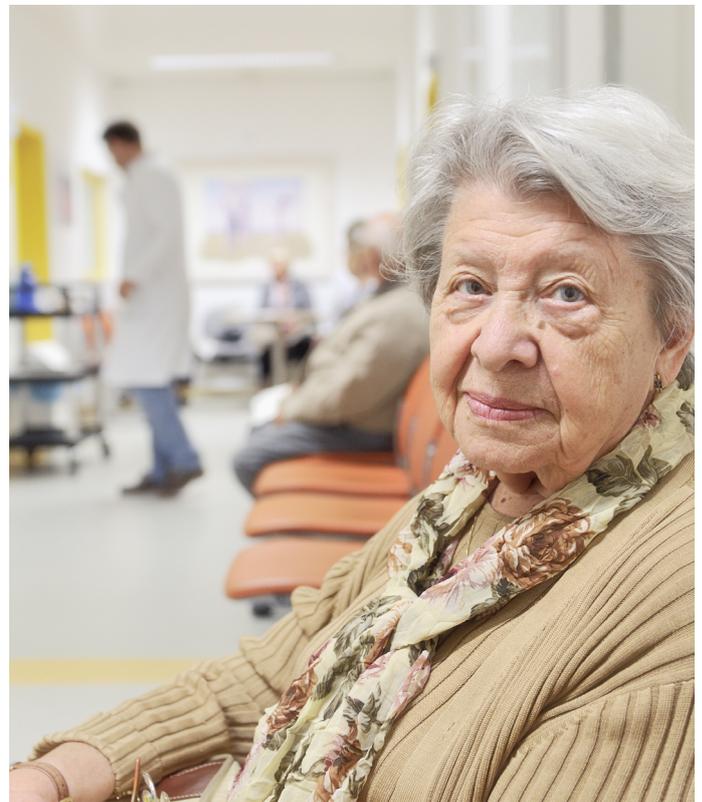
1. Gerir doentes com delirium, ou em risco de desenvolver delirium, por meio de intervenções multicomponente e re-orientação regular. Realizar uma avaliação estruturada, incluindo revisão de medicamentos que vise identificar e reverter possíveis causas de delirium. Existem checklists que podem ser usadas neste processo.
2. Usar ferramentas apropriadas para a avaliação da dor em idosos com compromisso cognitivo, por exemplo a PAINAD.
3. Quando os doentes apresentam alterações comportamentais ou agitação relacionados com o compromisso cognitivo, opte por medidas não farmacológicas como primeira linha. A contenção física não deve ser usada.
4. Recorrer à sedação de forma cautelosa e apenas quando as medidas não farmacológicas falharem. Privilegie terapêutica oral em primeira instância adaptada a cada doente. A decisão de escalar para sedação IM/IV deve ser tomada por um médico sénior e administrada em áreas com monitorização adequada onde a abordagem da via aérea seja possível, seguindo as orientações locais e nacionais para a sedação.
5. Vincular doentes com compromisso cognitivo no SU a cuidados estruturados seja no internamento ou, à data de alta, ao cuidado do seu médico assistente para uma investigação mais aprofundada.
6. Adaptar a investigação etiológica do delirium à história individual do doente e aos achados do exame objetivo.

FERRAMENTAS

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network Delirium Guideline (SIGN) 2019
- 4AT ferramenta clínica para detecção rápida de delirium
- Alzheimer Europe – advocacy agency for European people living with Dementia
- Delirium Pathways in Hospital - Hospital Elder life programme
- Delirium Resources NIDUS – Network for Investigation of Delirium: Unifying Science



Todas as ferramentas e informação adicional estão disponíveis através do QR code.



REFERÊNCIAS

Todas as referências consideradas relevantes são acessíveis pelo QR-code.



Este material educativo foi desenvolvido pela *European Task Force for Geriatric Emergency Medicine*, resultante da colaboração da *European Society for Emergency Medicine (EUSEM)* e da *European Geriatric Medicine Society (EuGMS)*. Para mais informações visite:

geriEMEurope.eu e siga-nos no Twitter: **@geriEMEurope**.

Traduzido e adaptado para Português pelo NEGERMI.

Download do poster via QR-code.



IDENTIFICAÇÃO DO DÉFICE COGNITIVO E/OU DELIRIUM NO SU

Pense no DELIRIUM

- Todos os idosos requerem por rotina um rastreio cognitivo breve no SU.
- Se défice cognitivo: obtenha história colateral (através de terceiros) de estado cognitivo / funcionalidade basais.



Download da versão online

Adulto idoso recorre ao SU

Complete a 4AT*

(Consulte a Caixa Verde à direita)

- ≥4 Delirium possível +/- défice cognitivo
- 1-3 Possível défice cognitivo
- 0 Delirium ou défice cognitivo grave improváveis (mas o delirium ainda pode ser possível se a informação estiver incompleta)

* Ou ferramenta alternativa validada, ex. CAM-ED

4AT

1. Estado de Alerta	
• Normal (totalmente alerta, mas não agitado)	0
• Sonolência ligeira por < 10 seg após acordar, e depois normal	0
• Claramente alterado	4
2. AMT4	
Idade, Data de nascimento, Local (nome do Hospital/Edifício), Ano atual	
• Sem erros	0
• 1 erro	1
• ≥2 erros / não testável	2
3. Atenção	
Meses do ano de trás para a frente (Months of the year backward)	
• Identifica 7 meses ou mais correctamente	0
• Começa mas pontua < 7 meses / recusa começar	1
• Não testável (não pode começar por mal estar geral, sonolência, défice de atenção)	2
4. Agudo	
Alterações agudas ou sintomas flutuantes?	
• Não	0
• Sim	4
Total:	<hr style="width: 100px; display: inline-block; vertical-align: middle;"/>

Sem evidência de Delirium

Proseguir com plano de internamento ou alta

ALTA

Assegure-se que o estado cognitivo está referido na Nota de Alta.

Em caso de dúvida oriente para consulta de seguimento – Consulta de Memória, Geriatria ou MGF.

INTERNAMENTO

Rastreio de fatores de risco de Delirium

(Consulte a Caixa Amarela à direita)
Os doentes com ALGUM fator de risco de delirium devem ser monitorizados para o desenvolvimento de delirium durante a permanência no hospital.

Suspeita de Delirium INTERNAMENTO**

(NB o Delirium é uma Emergência Médica)

1. Discuta o diagnóstico com o médico sénior e enfermeiro no SU
2. Discuta o diagnóstico com o cuidador / familiar
3. Inicie a pesquisa das causas de Delirium (lembre-se que há frequentemente mais que 1 causa, Consulte a Caixa Vermelha à direita)

Assegure-se que a equipa do internamento tem conhecimento da suspeita de Delirium

** A grande maioria dos doentes com Delirium necessitam de ser internados uma vez que este está associado a elevada mortalidade. Exceionalmente, e apenas após discussão com médico sénior, o doente poderá ter alta para o domicílio.

Considerar se o doente necessitará de vigilância apertada aquando da transferência para a enfermaria (ex. risco de quedas ou de vaguear pela enfermaria)

Estratégias para a prevenção de Delirium no SU / Enfermaria

- Evitar contenção física
- Evitar sedativos
- Garantir a ingestão de fluidos e nutrição adequadas (usar tabela de ingestão de alimentos e garantir a existência de bebidas/lanches)
- Promover relaxamento e sono suficiente
- Mobilização precoce e regular
- Orientação regular para a realidade usando dispositivos de apoio visual e auditivo
- Evitar a obstipação (para monitorizar use gráficos de eliminação de fezes)
- Incentivar a independência nas Atividades de Vida Diária
- Gestão da dor (usar a PAINAD/outra ferramenta de avaliação da dor adequado às pessoas com demência)
- Revisão medicamentosa
- Evitar o uso de algália

A data de alta documente episódios de Delirium e registre o estado cognitivo na Nota de Alta!

Gestão de doente com Delirium, agitado e/ou combativo, sendo uma ameaça para si próprio ou para terceiros

1. A identificação e o tratamento da causa subjacente são o primeiro objetivo. Tente **SEMPRE** apaziguar o quadro privilegiando intervenções não farmacológicas:
 - Explique gentilmente o que está a acontecer. Reorientar e distrair o doente.
 - Convidar os familiares/cuidadores para ficarem com o doente.
 - Tente escolher uma área tranquila. Considere a necessidade de manter o mesmo enfermeiro na abordagem do doente.
2. Se for necessária contenção farmacológica, use pequenas doses e aumente gradualmente. Use um fármaco de cada vez. Verifique antes o peso do doente. Tente terapêutica ORAL primeiro, por exemplo: Quetiapina (12,5-25mg), Haloperidol (0,5-1mg), Olanzapina (2,5-5mg).
 - Evitar usar nos doentes com Demência de Corpos de Lewy ou Doença de Parkinson.
 - Faça um ECG e verifique o intervalo QT antes de iniciar fármacos antipsicóticos.
 - Apenas use benzodiazepinas quando os antipsicóticos forem contraindicados, por exemplo: Lorazepam 0,25-0,5 mg.
3. Se a terapêutica oral falhar, considere sedação IM ou IV:
 - Esta decisão deve ser tomada por um médico sénior.
 - Como com qualquer sedação, deve ser feita numa área com a devida monitorização e onde a abordagem da via aérea seja possível.
 - Deve ser feito usando as normas de sedação locais.
 - O Flumazenil deve estar disponível se usar benzodiazepinas (lorazepam).
 - A Proclidina/Benzotropina devem estar disponíveis se usar fármacos antipsicóticos.

Fatores de Risco de DELIRIUM

- D** Desidratação
- E** Eyes and ears (Ouvidos e Olhos): certifique-se de que os auxiliares de visão/ audição estão disponíveis
- L** Limited mobility (Mobilidade Limitada): alteração da mobilidade ou contenção, por exemplo, restrito ao leito / acamado, uso de algália
- I** Infecção: (ou doença médica grave (EWS≥6))
- R** Reduzir Dor: elevado risco de delirium com dor aguda ex. fratura do fémur. Foco no controlo da dor.
- I** Impaired cognition (Compromisso Cognitivo): défice cognitivo preexistente ou delirium prévio
- U** Up at night (Acordado à noite): a privação de sono aumenta o risco de delirium
- M** Medicação: ≥3 novos medicamentos, exposição a benzodiazepinas, polimedicação, Omissões ex: BDZ, opióides? A abstinência de álcool é um risco a considerar?

Causas Potenciais de Delirium 'PINCH ME'

- P** Pain (Dor): O doente está agitado pela dor? Foi excluída retenção urinária?
- IN** Infeção: Existe uma infecção - ex. infecção urinária ou respiratória?
- C** Constipation (Obstipação): O doente está obstipado?
- H** Hidratação: Existem alterações hidroelectrolíticas importantes? Foram excluídas hipoxia / hipotensão / hipoglicémia?
- M** Medicação: omissão de medicação habitual
- E** Environmental (Ambiente): mudança de ambiente, elevados níveis de ruído e/ou atividade?