

Manejo do delirium na emergência: Um panorama atualizado

Delirium management in the emergency department: An updated overview

DOI:10.34117/bjdv7n11-014

Recebimento dos originais: 12/10/2021

Aceitação para publicação: 03/11/2021

Thiago Araújo Pontes

Docente de Medicina, Centro Universitário CESMAC, Maceió/AL; Rua Francisco Laranjeiras, 225, Ponta Verde, Maceió-AL;
E-mail: ThiagoPontesMail@gmail.com

Giovanna Cozza Guerrera Gomes

Docente de Medicina, Centro Universitário CESMAC, Maceió/AL; Rua Dona Marieta Lages, 150, Farol, Maceió-AL;
E-mail: giovannacozzag@gmail.com

Laisy Amorim Farias de Almeida

Docente de Medicina, Centro Universitário CESMAC, Maceió/AL; Rua Cônego Machado, 984, Maceió-AL.
E-mail: laisyamorim.f@gmail.com

Luis Henrique Alves Gomes

Docente de Medicina, Centro Universitário CESMAC, Maceió/AL; Rua Cônego Machado, 984, Maceió-AL.
E-mail: clzluis@hotmail.com

Gabriela Moreira Lopes

Docente de Medicina, Centro Universitário CESMAC, Maceió/AL; Rua Francisco Laranjeiras, 225, Ponta Verde, Maceió-AL;
E-mail: gabrielamoreiralp@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: O delirium é um quadro emergencial caracterizado como uma desordem aguda da atenção e cognição, que culmina na perda de independência e aumento da morbimortalidade, sendo o distúrbio psiquiátrico mais comum em pacientes idosos no contexto hospitalar. Pode ser relacionado a doença aguda grave, polifarmácia, desidratação, distúrbios metabólicos, desnutrição e cirurgias. Sabe-se que a população idosa apresenta maiores taxas de incidência de delirium, que associadas à doenças graves ou outras comorbidades conferem aos pacientes um tempo maior de internamento com aumento nos índices de morbidade. Os erros comuns no diagnóstico na emergência contribuem para maus prognósticos. **OBJETIVO:** Compreender o quadro de delirium na emergência e elucidar o manejo de pacientes nestas circunstâncias, com intuito de trazer uma revisão atualizada do tema. **MÉTODO:** O presente trabalho é uma revisão integrativa nas bases de dados Medline (via Pubmed), Scielo, Lilacs (Via BVS) e Cochrane Library. O delirium por abstinência alcoólica e delirium secundário a acometimentos neurológicos

foram critérios de exclusão. **RESULTADOS/DISCUSSÃO:** Foram encontrados 94 artigos, dos quais 20 foram selecionados após a leitura do título, 11 artigos foram relevantes após a leitura do resumo e incluídos nesta revisão. O Delirium é uma síndrome aguda de disfunção cerebral comumente encontrada na emergência. Ademais, ele faz parte do checklist de avaliação de qualquer pós-cirúrgico, uma vez que sua presença se associa a uma grande morbimortalidade e pode se estender por até uma década depois da cirurgia. Assim, a melhor conduta é a prevenção, que, em ambiente cirúrgico, se dá através do uso de anestésicos IV clinicamente, de anestesia geral com base em voláteis e da preferência para as anestésicos regionais quando possível. No contexto atual de pandemia pela Covid-19, o Delirium tem sido relatado em 20-65% dos pacientes infectados pelo SARS-CoV-2, em especial naqueles com prévio declínio das ordens mentais. **CONCLUSÃO:** É importante o aperfeiçoamento e compreensão dos médicos acerca dos diferentes sintomas e danos psicológicos de longo prazo do Delirium, em vista de maior suporte e informação direcionados à pacientes de risco, cuidadores e familiares.

Palavras-chave: Delirium, Psiquiatria Geriátrica, Emergências, Administração dos Cuidados ao Paciente.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Delirium is an emergency condition characterized as an acute disorder of attention and cognition, which culminates in loss of independence and increased morbidity and mortality, and is the most common psychiatric disorder in elderly patients in the hospital setting. It can be related to severe acute illness, polypharmacy, dehydration, metabolic disorders, malnutrition, and surgery. It is known that the elderly population has higher incidence rates of delirium, which associated with serious diseases or other comorbidities give patients a longer hospital stay with increased morbidity rates. Common diagnostic errors in the emergency department contribute to poor prognosis. **OBJECTIVE:** To understand delirium in the emergency department and elucidate the management of patients in these circumstances, with the aim of providing an updated review of the subject. **METHODS:** This is an integrative review on Medline (via Pubmed), Scielo, Lilacs (via VHL) and Cochrane Library databases. Alcohol withdrawal delirium and delirium secondary to neurological involvement were exclusion criteria. **RESULTS/DISCUSSION:** Ninety-four articles were found, of which 20 were selected after reading the title, 11 articles were relevant after reading the abstract and included in this review. Delirium is an acute brain dysfunction syndrome commonly found in the emergency room. Moreover, it is part of the checklist for any post-surgical evaluation, since its presence is associated with high morbidity and mortality and can extend for up to a decade after surgery. Thus, the best course of action is prevention, which, in the surgical setting, occurs through the use of clinically IV anesthesia, volatile-based general anesthesia, and preference for regional anesthesia when possible. In the current pandemic context by Covid-19, Delirium has been reported in 20-65% of SARS-CoV-2 infected patients, particularly in those with prior decline in mental orders. **CONCLUSION:** It is important to improve clinicians' understanding of the different symptoms and long-term psychological harms of delirium, in order to provide more support and information to at-risk patients, caregivers, and family members.

Keywords: Delirium, Geriatric Psychiatry, Emergencies, Management of Patient Care.

1 INTRODUÇÃO

Emergência psiquiátrica é uma condição em que o paciente apresenta distúrbios de pensamento, afeto e/ou atividades psicomotoras que levam a ameaças à sua própria existência (suicídio) ou ameaça à integridade de pessoas em seu ambiente. Essas condições são de alterações comportamentais, emocionais ou de pensamentos que se apresentam de forma aguda, sendo necessários atenção e cuidado imediatos, tendo como princípio a garantia da segurança do paciente. É importante reconhecer a natureza do problema, visto que condições orgânicas podem simular causas psiquiátricas.

Quanto ao número de internações, não existem diferenças significativas entre os sexos, sendo a maior incidência em pacientes solteiros. Pacientes depressivos, maníacos, esquizofrênicos e dependentes alcoólicos representam os casos mais comuns de entrada nos serviços de emergência. Na maioria das vezes, os prontos socorros são a porta de entrada, dessa forma a avaliação psiquiátrica fica sob responsabilidades de médicos generalistas não psiquiatras. O manejo deve ser direcionado para a condição específica de cada indivíduo e tem como indicações as abordagens psicoterápicas, farmacoterápicas e/ou a contenção física, quando necessário.

O processo de envelhecimento representa uma deterioração orgânica natural que abrange todos os sistemas do corpo humano. Partindo desse pressuposto, a idade é fator de predisposição para os transtornos mentais. Dentre os principais distúrbios, vale ressaltar as demências (o tipo Alzheimer é a mais comum), os transtornos depressivos, bipolar, delirante, de ansiedade e somatoformes

O delirium é um quadro emergencial caracterizado como uma desordem aguda da atenção e cognição, que culmina na perda de independência e aumento da morbimortalidade, sendo o distúrbio psiquiátrico mais comum em pacientes idosos no contexto hospitalar e podendo ser relacionado a doença aguda grave, polifarmácia, desidratação, distúrbios metabólicos, desnutrição e cirurgias. Um dos grandes diagnósticos diferenciais do delirium é a demência, posto que ambos conferem déficit cognitivo ao indivíduo. O aspecto principal na distinção dessas duas condições está no curso da patologia, que na demência se desenvolve de maneira insidiosa em sua maioria, enquanto é comum ao delirium um aparecimento repentino do quadro.

2 MÉTODO

2.1. ETAPAS DO ESTUDO

A princípio, o objetivo central do estudo foi estabelecido para escolha dos descritores (DeCS e MeSH) que constituíram a estratégia de busca: delirium and geriatric psychiatry and emergencies and patient care management, para posterior discussão dos critérios de inclusão e exclusão entre os pesquisadores. As buscas foram realizadas durante o mês de outubro de 2020, sem restrição de idioma, nas bases de dados MEDLINE (via PubMed), SciELO, LILACS (via BVS) e Cochrane Library, selecionando, inicialmente, os títulos relevantes, para posterior eliminação dos artigos duplicados. Em seguida, foi realizada a leitura dos resumos e, por fim, a leitura dos textos completos para a seleção dos artigos incluídos.

Após essa seleção, aconteceu a extração dos dados e o debate entre os pesquisadores dos dados captados. Por fim, houve a definição dos tópicos abordados, tabulação e análise dos dados, como também a construção do texto final.

2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os artigos incluídos são observacionais, analíticos ou descritivos, que abordaram as características clínicas, terapêuticas e manejo de idosos que apresentaram delirium no âmbito da emergência.

2.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os artigos excluídos respondem aos parâmetros que abrangem uma temática referente ao delirium por abstinência ou intoxicação de substâncias, como o álcool, tal qual acometimentos neurológicos causadores de delirium.

2.4 EXTRAÇÃO DE DADOS

O processo de seleção de títulos e resumos dos artigos foi realizado de forma autônoma entre dois autores. Mediante uma ausência de concordância, um terceiro autor foi convocado para estabelecer a decisão final. Os textos considerados elegíveis foram lidos por completo por todos os autores. A estruturação do artigo foi realizada pelo Documentos, via Google. Não foi necessário contactar autores para a obtenção de informações adicionais.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 53 artigos nas bases de dados, dos quais, após a remoção das duplicatas, restaram 53 publicações. Dos 16 títulos considerados relevantes, 11 foram selecionados e apenas 8 artigos foram incluídos neste estudo após seleção por leitura dos resumos e do texto completo. Todos os artigos incluídos são observacionais descritivos ou analíticos.

O delirium, assim como outros transtornos neurocognitivos, é um distúrbio frequente, custoso e de alta morbidade, especialmente entre idosos, afetando cerca de 14% a 56% de todos os pacientes idosos hospitalizados (SIMPKINS *et al.*, 2016). Trata-se de uma emergência médica caracterizada por alteração de atenção e estado de consciência, com início agudo de sintomas, que pode levar horas ou dias, além de uma variedade de alterações neurocognitivas, fisiológicas e comportamentais, o que torna o transtorno de difícil diagnóstico, sendo considerada ainda hoje por muitos médicos como uma condição imprecisa, apesar de se tratar de uma das disfunções orgânicas mais antigas já descritas (BESSEY *et al.*, 2018).

Atualmente são destacadas quatro principais características que se relacionam com o delirium: alteração da consciência, alteração da cognição, curso limitado e causalidade externa. Estudos relatam que as características mais comuns de delirium presentes em qualquer nível de gravidade foram: distúrbios na orientação, atenção, sono e memória de longo prazo, labilidade de afeto, agitação motora, distúrbio visual e espacial, anormalidade do processo de pensamento e distúrbios de linguagem (90% - 100%), enquanto as características menos comuns foram anormalidades perceptivas (35%) e delírios (14%) (KUKREJA *et al.*, 2015).

Sua duração persiste em torno de horas ou dias, no entanto, quando o transtorno não é detectado e tratado adequadamente, pode persistir por semanas ou até meses (KUKREJA *et al.*, 2015). Comumente, pacientes com delirium são levados a emergência por familiares ou amigos próximos alarmados em relação à situação aguda e confusão progressiva apresentada, além de deficiência cognitiva e subsequente diminuição de autonomia funcional e aumento de dependência (PRINKA, & SHARMA, A., 2016).

Estudos mostram que cerca de um terço dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) devem desenvolver delirium e os déficits neurológicos e/ou psiquiátricos de longo prazo após distúrbios agudos podem ser persistentes, sendo evidenciados em pacientes com delirium mesmo após 18 meses de alta hospitalar (ROY *et al.*, 2020). Dessa forma, é importante enfatizar que o delirium representa um sério risco

a vida pessoal e financeira do paciente, devido às suas altas taxas de morbidade e mortalidade, necessidade de longos períodos de hospitalização com considerável monitorização hospitalar e significativo declínio da qualidade de vida funcional (PRINKA, & SHARMA, A., 2016).

Existem alguns fatores de risco para o desenvolvimento desse transtorno, como infecção, distúrbios metabólicos, falência renal, desequilíbrio eletrolítico, transtornos neurológicos e reações adversas relacionadas ao uso de drogas e medicamentos. Na grande maioria das vezes é desencadeado por alguma condição médica, sendo muitas vezes de ocorrência inevitável, apesar das possíveis precauções e cuidados tomados (KUKREJA *et al.*, 2015).

Com o aumento de idade, há uma maior prevalência do transtorno, levando ao aumento da complexidade de comorbidades médicas, bem como do número de medicamentos necessários para cada quadro (PRINKA, & SHARMA, A., 2016).

Apesar dos métodos de rastreamento serem bem definidos, em conjunto com os critérios diagnósticos estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (Tabela 1), o delirium permanece como uma síndrome de baixo reconhecimento. Especula-se que isso ocorra devido à variedade de características que o transtorno pode apresentar, visto que o mesmo é dividido em subtipos de estados hipoativo, hiperativo ou misto, podendo exibir diferentes níveis de gravidade. (KENNEDY, M. *et al.*, 2020)

Ademais, por se tratar de uma síndrome que ocorre majoritariamente em idosos, deve-se ter em mente que fatores podem ser adicionados às características clínicas, as quais não necessariamente irão compor o quadro de delirium, mas podem estar associadas devido a idade avançada do paciente, como deficiência auditiva, déficits cognitivos maiores ou menores, acidentes vasculares cerebrais anteriores, entre outros (SHENVI *et al.*, 2019). Ter conhecimento dos vários fatores que contribuem para o desenvolvimento do transtorno é primordial para a detecção precoce e prevenção do delirium em tais situações, diminuindo a mortalidade, quando em causas evitáveis (PRINKA, & SHARMA, A., 2016).

Tabela 1 Critérios, Subtipos e Condição Específica do Delirium (DSM-V)

Delirium - Critérios Diagnósticos DSM-V	Subtipo	Condição
A. Perturbação da atenção (i.e., capacidade reduzida para direcionar, focalizar, manter e mudar a atenção) e da consciência (menor orientação para o ambiente).	Intoxicação por substâncias	Aguda (poucas horas ou dias)
B. A perturbação se desenvolve em um breve período de tempo (normalmente de horas a poucos dias), representa uma mudança da atenção e da consciência basais e tende a oscilar quanto à gravidade ao longo de um dia.	Abstinência de substâncias	Persistente (semanas ou meses)
C. Perturbação adicional na cognição (i.e., déficit de memória, desorientação, linguagem, capacidade visuoespacial ou percepção).	Induzido por medicamentos	Hiperativo
D. As perturbações dos Critérios A e C não são mais bem explicadas por outro transtorno neurocognitivo preexistente, estabelecido ou em desenvolvimento e não ocorrem no contexto de um nível gravemente diminuído de estimulação, como no coma.	Outra condição médica	Hipoativo
E. Há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que a perturbação é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de substância (i.e., devido a uma droga de abuso ou a um medicamento), de exposição a uma toxina ou de que ela se deva a múltiplas etiologias.	Múltiplas etiologias	Nível misto (hiper/hipo) de atividade

Fonte: 5ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM-V) da American Psychiatry Association, 2014

É concebido que o manejo de primeira linha de delirium abrange a avaliação e tratamento completos relativos a causas subjacentes em conjunto com estratégias não farmacológicas. No entanto, comumente, os ambientes de emergência concentram-se mais no uso de esquemas farmacológicos, que preferivelmente seria utilizado como último recurso, visto que apresenta maior chance de afetar o idoso negativamente relativo, a interações medicamentosas (SIMPKINS *et al.*, 2016).

Diagnosticar o delirium é uma tarefa desafiadora, pois o quadro clínico se assemelha à outros tipos de alterações mentais como a demência e efeitos da sedação. (DE SOUZA *et al.*, 2019). O diagnóstico deve ser realizado pelo médico com base nos critérios do DSM-V ou nos critérios da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (Tabela 2). Em conjunto, deve ser desempenhada uma triagem eficaz por membros da enfermagem, que devem estar atentos e terem conhecimento quanto às manifestações clínicas que, posteriormente, devem ser verificadas e confirmadas por um psiquiatra (SHENVI *et al.*, 2019).

Tabela 2 Critérios Diagnósticos do Delirium (CID-10)

Delirium - Critérios Diagnósticos CID-10

1. Comprometimento da consciência e atenção (em continuum de obnubilação ao coma; capacidade reduzida para dirigir, focar, sustentar e mudar a atenção).
2. Perturbação global da cognição (distorções perceptivas, ilusões e alucinações mais frequentemente visuais; comprometimento do pensamento abstrato e compreensão, com ou sem delírios transitórios, mas tipicamente com algum grau de incoerência, comprometimento das memórias imediata e recente, mas com a memória remota relativamente intacta; desorientação temporal, assim como, em casos mais graves, espacial e pessoal).
3. Perturbações psicomotoras (hipo ou hiperatividade e mudanças imprevisíveis de uma para outra; tempo de reação aumentado; aumento ou diminuição do fluxo da fala; intensificação da reação de susto).
4. Perturbação do ciclo sono-vigília (insônia ou, em casos graves, perda total do sono ou reversão do ciclo sono-vigília; sonolência diurna; piora noturna dos sintomas; sonhos perturbadores ou pesadelos, os quais podem continuar como alucinação após o despertar);
5. Perturbações emocionais, por exemplo depressão, ansiedade ou medo, irritabilidade, euforia, apatia ou perplexidade abismada.
6. O início é usualmente rápido, o curso flutuante ao correr do dia e a duração total da condição menor que seis meses. O quadro clínico é tão característico que o diagnóstico pode ser feito mesmo que a causa subjacente não esteja completamente esclarecida.

Fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, 1993.

O Algumas Escalas pré-estabelecidas também podem ser usadas para orientar quanto a identificação, monitoramento de sintomas e gravidade, além de poder estabelecer uma avaliação neuropsicológica detalhada que contribui para o diagnóstico e acompanhamento do paciente. (SHENVI *et al.*, 2019). Dentre elas está o “Confusion Assessment Method” (CAM) (Tabela 3), escala amplamente utilizada para diagnóstico de delirium no contexto da emergência e terapia intensiva. Contudo, o maior desafio na identificação e no tratamento precoce do delirium encontrado no ambiente de emergência é relativo ao tempo e a necessidade de recursos, que muitas vezes são limitados. Assim sendo, a equipe multiprofissional comumente dispõe de um curto prazo de tempo, o que nem sempre permite a realização de avaliações para delirium, levando o médico a confiar em sua experiência clínica em conjunto com a presença de manifestações clínicas apresentadas e fatores de risco que contribuem para o diagnóstico (DOOLEY *et al.*, 2020).

Tabela 3 Escala utilizada para diagnóstico de Delirium: “Confusion Assessment Method”

Confusion Assessment Method (CAM)	
Diagnóstico: 1, 2 e 3; ou 1 e 4. Sensibilidade: 94-100%. Especificidade: 90-95%.	
1. Início Agudo e Evolução Flutuante	Foi observado um início agudo de alteração do estado mental do paciente?
2. Alteração da Atenção	O paciente se distrai facilmente ou tem dificuldades em manter uma conversa?
3. Pensamento Desorganizado	O paciente manifesta ideias e pensamentos incoerentes ou confusos?
4. Nível de Consciência Alterado	O nível de consciência do paciente encontra-se alterado?

Fonte: Adaptado de MONTEIRO & KIMINAMI, 2018.

3.1 MANEJO DO DELIRIUM NA EMERGÊNCIA

A A estes profissionais, fica a ressalva de que é preciso olhar para cada paciente, de forma individual, respeitando a sua condição de vida, de entendimento e compreensão a tudo que lhe é apresentado. Outro aspecto importante também é atentar-se à infraestrutura necessária ao bom, seguro e completo atendimento, garantindo ou requerendo o mínimo necessário

O manejo do delirium (Tabela 4) requer uma abordagem prática cuidadosa, que tem o foco em corrigir as causas de base e os fatores agravantes, dar os cuidados de suporte necessários e tratar a agitação do paciente. O manejo farmacológico é a última etapa do processo pois não corrige o problema de base e deve, portanto, ser escolhida na circunstância de uma agitação severa. Dentre as causas mais comuns do delirium encontram-se: uso de anticolinérgicos, drogas psicoativas e opioides; desidratação; e infecção. Outros fatores precipitantes incluem: polifarmácia, hipóxia, choque, etc. A correção da causa e ou remoção dos fatores agravantes são medidas que, em geral, trazem a resolução do problema. Contudo, é importante ressaltar a importância de olhar para o paciente de forma individual, com respeito às suas condições e circunstâncias, prezando sempre pelo atendimento seguro, completo e correto. (PERES *et al*, 2021).

Tabela 4. Fluxograma para Manejo do Delirium na Emergência

MANEJO DO DELIRIUM NA EMERGÊNCIA		
1. Investigar e Tratar Precipitantes		
Tratar problemas de base (exame físico, laboratoriais).	Manter hidratação e nutrição.	Tratar hipoxemia e hipercapnia, se presentes.
2. Ajuste de Drogas		
Reduzir ou remover drogas psicoativas.	Substituir por alternativas menos tóxicas.	Abordagens não farmacológicas para ansiedade e sono.
3. Estratégia de Reorientação		
Encorajar envolvimento familiar.	Permitir acompanhante, se possível.	Avaliar déficits sensoriais.

4. Manter a Mobilidade Segura

Evitar restrições físicas ou cintas.	Retirar paciente da cama assim que possível.	Encorajar cuidados pessoais e comunicação regular.
--------------------------------------	--	--

5. Normalizar o Ciclo Sono-Vigília

Desencorajar cochilos diurnos.	Encorajar exposição à luz durante o dia.	Tentar proporcionar sono adequado e ininterrupto durante a noite.
--------------------------------	--	---

6. Manejo Farmacológico

Quando há agitação severa.	Haloperidol - primeira escolha. Considerar o uso de antipsicóticos atípicos em casos de insuficiência hepática.	Reservar benzodiazepínicos apenas para síndrome de abstinência alcoólica/ sedativo-hipnótico.
----------------------------	---	---

Fonte: Adaptado de MONTEIRO & KIMINAMI, 2018.

Quanto às medicações utilizadas no tratamento, o agente de escolha é o Haloperidol (antipsicótico típico). Dose de 0,5 a 1 mg, via oral, titulando até sedação leve, com pico de ação de 4 a 6 horas. Caso paciente esteja em agitação extrema, pode-se optar por intramuscular, que tem um pico de ação entre 20 e 40 minutos. Por outro lado, deve-se atentar que o Haloperidol pode apresentar efeitos extrapiramidais, prolongamento do intervalo QT e risco de síndrome neuroléptica. O Haloperidol deve ser evitado em portadores de síndrome de abstinência e insuficiência hepática.

Quando não é possível fazer uso deste medicamento, pode-se optar pelos antipsicóticos atípicos, tais como a Risperidona, Quetiapina ou Olanzapina. Estas drogas apresentam menos efeitos extrapiramidais, porém também estão relacionadas com prolongamento do intervalo QT. Além disso, estão associadas a maior risco de acidente vascular cerebral e morte em idosos com demência.

Os benzodiazepínicos devem ser evitados no tratamento do delirium, pois podem piorar o prolongar o quadro do paciente. São drogas de segunda linha, reservada para síndromes de abstinência alcoólica ou sedativo-hipnótica, síndrome neuroléptica e doença de Parkinson. Nestes casos especiais, pode-se optar pelo Lorazepam, 0,5 a 1 mg, via oral, com doses adicionais a cada 4 horas, se necessário. O uso de benzodiazepínicos está associado a agitação paradoxal, sedação excessiva e depressão respiratória.

4 CONCLUSÃO

O manejo adequado do delirium na emergência requer conhecimento e domínio da fisiopatologia, dos critérios diagnósticos, do uso de escalas e da terapêutica medicamentosa. O delirium é uma afecção que permeia a história natural da doença, sendo indicadores de internamento e mortalidade, sobretudo por acometer populações vulneráveis: os idosos. Nessa perspectiva, é ainda importante elucidar que o delirium pode exigir um alto custo quando não tratado devidamente, pois a associação de doenças

prévias com este quadro pode resultar, além da intervenção medicamentosa, na necessidade da terapia intensiva ou de uma rede de assistência, indefinidamente. Sendo assim, o panorama atualizado do manejo do delirium na emergência requer uma cooperação multidisciplinar, de desenvolvimento de competências para o atendimento à população geriátrica e suas particularidades em saúde, garantido um atendimento humanizado, coerente e baseado em evidências.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5ª edição. Porto Alegre, RS: Artmed. 2014.

Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 – Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. 1ª Edição. Porto Alegre, RS: Artmed. 1993.

BESSEY, L.J. *et al.* Behavioral Health Needs of Older Adults in the Emergency Department. *Clinics in geriatric medicine*, v. 34(3), p. 469–489, 2018.

DE SOUZA, et al. Knowledge of the nurse about Delirium in Intensive Care Units. *Brazilian Journal of Health Review*, v 2(4), p. 2662-2676, 2019.

DOOLEY, J. *et al.* Urgent care for patients with dementia: a scoping review of associated factors and stakeholder experiences. *BMJ open*, v. 10(9): e037673, 2020.

KENNEDY, M. *et al.* The agitated older adult in the emergency department: a narrative review of common causes and management strategies. *Journal of the American College of Emergency Physicians open*, v. 1(5), p. 812–823, 2020.

KUKREJA, D. *et al.* Delirium in the elderly: Current problems with increasing geriatric age. *The Indian journal of medical research*, v. 142(6), p. 655–662, 2015.

MONTEIRO, T.C. & KIMINAMI, D.O.G. Delirium na Sala de Urgência. *Revista QualidadeHC, FRMP-USP Ribeirão Preto*. 2018.

PERES, et al. Epidemiological Profile, Clinical and Nursing Care for the Elderly in Intensive Care Unit, v 2(3), p. 12233-12246, 2019.

PRINKA, & SHARMA, A. Comparative Study of Delirium in Emergency and Consultation Liaison- A Tertiary Care Hospital Based Study in Northern India. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, v. 10(8), VC01–VC05, 2016.

ROY, D. *et al.* Neurological and Neuropsychiatric Impacts of COVID-19 Pandemic. *The Canadian journal of neurological sciences. Le journal canadien des sciences neurologiques*, p. 1-16, 2020.

SHENVI, C. *et al.* A Research Agenda for the Assessment and Management of Acute Behavioral Changes in Elderly Emergency Department Patients. *The western journal of emergency medicine*, v. 20(2), p. 393–402. 2019.

SIMPKINS, D. *et al.* Behavioral emergency in the elderly: a descriptive study of patients referred to an Aggression Response Team in an acute hospital. *Clinical interventions in aging*, v. 11, p. 1559–1565, 2016.