

Delirium e delírio: Opostos que se atraem

Delirium and Delusion: Opposites attract

Daniele Oliveira Ferreira Silva¹, Lara Vieira da Silva Meira², Mariana Freitas Sandoval²,
Carolina Silva Queiroz², George Alencastro Landim², Cássio Cibreiros Silva²

Resumo

Apesar da aparente semelhança, *delirium* e delírio guardam pouca relação entre si, e conhecer esta distinção é fundamental para que sejam evitados equívocos no meio médico. *Delirium* é uma síndrome orgânica que decorre de condições clínicas comuns, como o pós-cirúrgico, podendo acometer em até cerca de 80% dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva em uso de ventilação mecânica. O delírio se trata de um sintoma decorrente de patologias psiquiátricas, como a esquizofrenia, em que ocorre alteração do juízo de realidade em decorrência de pensamento patológico. É, portanto, fundamental que o clínico esteja bem informado sobre o tema, sendo capaz de realizar o diagnóstico precoce e de melhor orientar a conduta.

Palavras chave: *delirium*, delírio, síndrome cerebral orgânica, esquizofrenia

Abstract

Although they look similar, *delirium* and delusion have few things in common, and knowing this difference is extremely important to avoid mistakes in medicine. *Delirium* is an organic brain syndrome, which results from ordinary clinical conditions, like post surgery, that can be found in about 80% of Intensive Care Unit patients under mechanical ventilation. Delusion means a symptom of a psychiatric disorder, like schizophrenia, when appearance-reality distinction changes because of pathological thoughts. Therefore it's important for a doctor to be well informed about it so that he can be capable of given an early diagnose and guiding patients properly.

Key words: *delirium*, delusion, organic brain syndrome, schizophrenia

Introdução

Apesar da aparente semelhança, *delirium* e delírio guardam pouca relação entre si. Conhecer esta distinção é de extrema importância para evitar equívocos no meio

médico pois é notório que em ambientes acadêmicos e hospitalares há confusão dos dois termos até os dias de hoje. Tal revisão tem como objetivo esclarecer a distinção entre

1. Médica psiquiatra, mestre, docente do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

2. Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

E-mail do primeiro autor: daniofs@gmail.com

Recebido em 29/11/2012

Aceito, após revisão, em 12/03/2013

as duas entidades e fornecer elementos para que a comunidade médica melhor defina e diagnostique tais situações, melhorando conseqüentemente o atendimento da população acometida.

Métodos

Foram realizadas pesquisas em livros de Psiquiatria, de acordo com os objetivos propostos e levantamento de dados no PubMed, com busca de artigos em que foi considerado tema, ano e idioma de publicação e incluíam-se os seguintes descritores: Delusion, *Delirium*. Foram contemplados artigos em português e inglês, publicados em 1991 até 2012.

Resultados

Delirium é uma síndrome clínica caracterizada por um rebaixamento súbito no nível de consciência no qual a apresentação clínica é bastante diversificada e o diagnóstico nem sempre fácil. Geralmente, decorre dos seguintes fatores: condição médica geral; intoxicação por substâncias; abstinência por substâncias; uso de medicamentos; exposição à toxinas.¹

Essa condição é uma complicação freqüente de doenças físicas, afetando 10 a 45% dos pacientes internados com idade avançada, com doenças graves como câncer ou que são submetidos a procedimentos cirúrgicos. Possui alta incidência, com taxas variando de 5 a 15% entre os idosos.¹

Cerca de 10 a 30% dos pacientes hospitalizados sofrem do transtorno, principalmente quando a causa é do sistema nervoso central (como epilepsia), doenças sistêmicas (como insuficiência cardíaca) e intoxicação ou abstinência de agentes farmacológicos ou tóxicos.² Apenas 30 a 60% dos pacientes com *delirium* são corretamente identificados e essa taxa de detecção relativamente baixa está associada a

um aumento nos índices de morbimortalidade.³ Assim, é fundamental que os profissionais da área de saúde de um hospital clínico geral estejam preparados para investigar e identificar a presença de *delirium* entre seus pacientes.⁴

O sinal clássico é o rebaixamento do nível de consciência que, geralmente é avaliado indiretamente por meio da avaliação da atenção, pois pacientes com rebaixamento do nível de consciência tem dificuldades para manter e controlar o foco de atenção. Atenção é a habilidade cognitiva que seleciona os estímulos que devem se tornar conscientes, é a capacidade de direcionar, manter e modificar o foco de consciência. Há varias maneiras simples de investigar a presença de déficits atencionais na pratica clínica: contagem regressiva até 20; meses do ano de trás pra frente; soletrar uma palavra de trás para a frente.¹

Os déficits de atenção que caracterizam o quadro de *delirium* facilitam o desenvolvimento de perturbações da percepção. Instabilidade emocional, ansiedade, agitação, depressão ou irritabilidade também são frequentemente encontrados.¹ Às vezes, existem aspectos clínicos associados que podem incluir desorganização dos processos de pensamentos, perturbações perceptivas, como alucinações e ilusões, hiper ou hipoatividades psicomotoras, perturbações do ciclo de sono-vigília, alterações do humor e outras manifestações de funcionamento neurológico alterado.⁵

Do ponto de vista clássico, o *delirium* tem início repentino, curso breve, oscilante e melhora rápida quando é conhecida a causa inicial que o desencadeou. O conhecimento da síndrome é de extrema importância e é dever do médico tratar o mais rápido possível o indivíduo de modo a evitar maiores

comprometimentos clínicos e acidentes por conta do distúrbio.⁶

O diagnóstico é comumente fácil, desde que haja suspeita inicial.⁷ Alteração prévia da cognição, desnutrição, desidratação, idade avançada são fatores predisponentes que podem desencadear o quadro de *delirium*.⁸ Realizar anamnese cuidadosa, exame do estado mental, sinais neurológicos e o exame físico revelam pistas para a causa do *delirium*.⁹ O eletroencefalograma apresenta atividade lentificada, o paciente pode estar com taquicardia ou bradicardia, febre, hipotensão, hipertensão, taquipnéia, ruído ou pulsos reduzidos de vasos ligados a carótidas, evidências de rigidez de nuca, papiledema, dilatação da pupila, lacerações na língua, pode haver sinais de hipertiroidismo, arritmias, cardiomegalia, congestão pulmonar. Reflexos alterados de extensão muscular dando assimetria com sinal de

Babinski e protração labial, alteração do nervo adutor causando olhar lateral fraco e força assimétrica dos membros.²

Os critérios diagnósticos de *delirium*, de acordo com a CID-10, estão expressos na tabela 1.

Após o diagnóstico de *delirium*, o principal objetivo é tratar a causa subjacente.² Outro aspecto importante é proporcionar apoio físico, sensorial e ambiental.¹⁰ O apoio físico previne quedas e outras lesões em virtude da agitação e/ou falta de atenção do paciente. Os pacientes não devem ser privados de situações sensoriais ou ser estimulados demais pelo ambiente.¹⁰ Quando o paciente apresenta psicose e insônia neste caso há necessidade de entrar com uma terapia medicamentosa.² O medicamento que geralmente é usado é o Haloperidol, um antipsicótico do grupo das butirofenonas.²

Tabela 1: critérios diagnósticos para *delirium*²

Diretrizes clínicas para o diagnóstico de <i>delirium</i> (Com base na CID-10)
<ul style="list-style-type: none"> • Comprometimento do nível de consciência (de distração a coma) e atenção (capacidade reduzida para direcionar, focar manter e mudar o foco de atenção)
<ul style="list-style-type: none"> • Comprometimento generalizado do funcionamento cognitivo <ul style="list-style-type: none"> - Perturbação da percepção, incluindo distorções, ilusões e alucinações - Comprometimento da capacidade de abstração e compreensão - Delírios pouco estruturados e fugazes - Dificuldade para aprender informações novas e relativa preservação da memória remota - Desorientação quanto a tempo e, ocasionalmente, local e pessoa
<ul style="list-style-type: none"> • Comprometimento da atividade psicomotora (aumento ou redução com alterações imprevisíveis)
<ul style="list-style-type: none"> • Comprometimento do ciclo sono-vigília (insônia e reversão do ciclo)
<ul style="list-style-type: none"> • Transtornos emocionais (por exemplo, depressão, ansiedade, medo, irritabilidade, euforia, apatia, perplexidade)
<ul style="list-style-type: none"> • Início abrupto dos sintomas
<ul style="list-style-type: none"> • Os sintomas flutuam em intensidade durante o dia e de um dia para o outro
<ul style="list-style-type: none"> • O quadro clínico tem duração limitada a até seis meses (em geral, dias ou semanas)

Existe também uma espécie de *delirium* relacionado à abstinência alcoólica denominado *delirium tremens*. Este é caracterizado por um quadro confusional agudo, flutuante e autolimitado. Ocorre cerca de 72 horas após a última ingestão de álcool com duração de 2 a 6 dias. Trata-se de uma condição de urgência médica na qual a sintomatologia habitual se dá por estado confusional delirante, desorientação em relação ao tempo e ao espaço, prejuízo da memória de fixação (fatos recentes), desagregação do pensamento, alucinações e delírios. O afeto é lábil, marcado por estado de ansiedade e temor, podendo haver depressão, raiva, euforia ou apatia.¹

Já o famoso delírio é etimologicamente definido como “sair dos trilhos”. Essa condição consiste na alteração do juízo de realidade proveniente de um pensamento patológico, porém a lucidez da consciência, atenção e memória permanecem preservadas. Os delírios podem ocorrer em diferentes condições psiquiátricas, incluindo esquizofrenia, transtornos de relacionamento, demências mas raramente em distúrbios de origem orgânica. Tais distúrbios delirantes aparentam ser causados por uma combinação de fatores cognitivos, neurobiológicos e psicológicos. Delírios agudos são acompanhados por caráter afetivo importante e vigilância exagerada, condição conhecida como humor delirante. Desconfiança, medo e vigilância excessiva levam o indivíduo a crer em seus pensamentos e até mesmo ver eventos relacionados à sua crença.¹¹

Uma vez que estas ideias delirantes são concebidas, podem ser ligadas às emoções e motivações do paciente, e possuem um significado construído de acordo com suas experiências pessoais até atingir um elevado grau de certeza subjetiva que os coloca além do alcance da razão. Estes doentes delirantes são de fato “alienados” no sentido completo

do termo, pois eles se conduzem e pensam em função de sua concepção delirante, em vez de obedecer à verdade e à realidade comuns.¹¹

A experiência clínica mostra que os delírios agudos tendem a se tornarem crônicos, pois os pacientes sistematizam as falsas percepções e as incorporam em suas vidas.¹²

Porém os delírios crônicos, pelas modalidades próprias de sua elaboração e diversidade de seus temas não é sempre semelhante em todos os casos.¹²

Assim, delírios crônicos são parte integrante da vida dos pacientes, constituindo uma parte de seus próprios pensamentos, valores, visão de mundo e objetivos.¹¹

Os conteúdos normalmente referem à experiência e interação humana:

- erotomania: crença delirante, quase que exclusivamente em mulheres, de que um homem (comumente alguém muito famoso e inacessível) está apaixonado por ela.¹¹

- delírio niilista: falso sentimento de que a própria pessoa, os outros ou o mundo não existem ou estão se deteriorando.³

Quando se trata de formas bem sistematizadas (delírios passionais, delírios de interpretação), o diagnóstico é relativamente fácil, pois o clínico percebe com bastante facilidade que o tema delirante é um sistema racionalizado de crenças e de convicções e está distante da experiência sensível atual.¹¹

É este caráter de raciocínio e elaboração intelectual que permite que não se confunda estes delírios com as experiências delirantes das psicoses agudas, que apresentam o caráter de um distúrbio mais global e passivo da experiência perceptiva.¹¹

Conclusão

Embora *delirium* e delírio sejam nomes muito semelhantes, *delirium* é uma síndrome clínica associada ao rebaixamento do nível de consciência normalmente

relacionada à patologia primária enquanto que delírio é um sintoma associado ao pensamento patológico, característico dos quadros patológicos graves. Portanto, trata-se de dois termos de raízes semelhantes, porém clinicamente distintos e que cursam com quadros clínicos contrastante.

É de fundamental importância a distinção entre estes dois termos. Só assim, um maior número de pacientes com *delirium* serão diagnosticados e tratados com segurança. Desta forma, evitaremos que o sintoma delírio seja mal empregado em relatos clínicos, minimizando os erros oriundos das falsas impressões causadas por este erro.

Referências

1. Kaplan HL, Batista D. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.
2. Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 2ª ed. Porto Alegre: Grupo A Educação S/A, 2006.
3. Rockwood K, Cosway S, Carver D, Jarrett P, Stadnyk K, Fisk J. The risk of dementia and death after delirium. J. Am. Geriatrics Society. 1999; 28(6):551-6.
4. Inouye SK, Rushing JT, Foreman MD, Palmer RM, Pompei P. Does delirium contribute to poor hospital outcomes? J. Gen. Intern. Med. 1998; 34(4):669-79.
5. Fleminger S. Remembering delirium. BR J Psychiatry. 2002; 180:4-5.
6. Meagher DJ. Delirium: Optimising management. BMJ. 2001; 322(7279):144-9.
7. Liptzin B, Levkoff SE, Cleary PD, Pilgrim DM, Reilly CH, Albert M, et al. An empirical study of diagnostic criteria for delirium. Am J Psychiatry. 1991; 148(4):454-7.
8. Inouye SK. Delirium in hospitalized older patients. Clinics in Geriatric Medicin. 1998; 14(4):745-64.
9. Inouye SK. The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalised elderly medical patients. Am J Med. 1994; 97(3):278-88.
10. Rummans TA, Evans JM, Krahn LE, Fleming KC. Delirium in elderly patients: evaluation and management. Mayo Clin Proc. 1995; 70(10):989-98.
11. Henry EY, Brisset C, Bernard P. Manual de Psiquiatria, 5ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 2004.
12. Flacker JM, Lipsitz LA. Neural mechanisms of delirium: Current hypotheses and evolving concepts. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1999; 54(6):B239-46.