



Detecção de Delirium com Base na Experiência Clínica de Intensivistas Pediátricos

[Delirium Detection Based on the Clinical Experience of Pediatric Intensivists.](#)

de Castro REV, de Magalhães-Barbosa MC, Cunha AJLAD, Cheniaux E, Prata-Barbosa A. *Pediatr Crit Care Med.* 2020 Sep;21(9):e869-e873. doi: 10.1097/PCC.0000000000002482.PMID: 32701746

[Delirium Detection Based on the Clinical Experience of Pediatric Intensivists.](#)

de Castro REV, de Magalhães-Barbosa MC, Cunha AJLAD, Cheniaux E, Prata-Barbosa A. *Pediatr Crit Care Med.* 2020 Sep;21(9):e869-e873. doi: 10.1097/PCC.0000000000002482.PMID: 32701746

Apresentação: Roberta Esteves Vieira de Castro, MD, PhD^{1,2}; Maria Clara de Magalhães-Barbosa, MD, PhD²

Antônio José Ledo Alves da Cunha, MD, PhD^{2,3}; Elie Cheniaux, MD, PhD^{4,5}; Arnaldo Prata-Barbosa, MD, PhD^{2,3}


UTI PEDIÁTRICA DO HMIB/SES/DF

Coordenação: Alexandre Serafim

www.paulomargoto.com.br

Brasília, 13 de julho de 2024





Delirium é uma síndrome neurocognitiva que pode ocorrer devido a uma doença orgânica subjacente, efeito colateral do tratamento, causas iatrogênicas e devido ao próprio ambiente hospitalar.



Estudos mostram que o delírium está associado ao prolongamento da internação em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), aumento de custos hospitalares e aumento do transtorno de estresse pós traumático.

O delirium deve ser reconhecido como uma emergência médica. Seu diagnóstico precoce é fundamental pois o tratamento das suas causas subjacentes pode reduzir resultados adversos



OBJETIVOS

:

Estimar a frequência de delirium detectada por intensivistas pediátricos, com base apenas na sua experiência clínica, sem uma ferramenta válida e confiável.



MATERIAL E MÉTODOS

Desenho: estudo observacional prospectivo e multicêntrico.

Realizado em três UTIPs no Rio de Janeiro entre os meses de março e setembro de 2015. Uma UTIP é um hospital universitário público e os outros dois são hospitais terciários privados

Critério de inclusão: Todos os pacientes de 29 dias a 18 anos (independente do diagnóstico)

Critérios de exclusão: Pacientes internado na UTIP antes do início do estudo ou em coma na admissão.



MATERIAL E MÉTODOS

Os intensivistas responsáveis pelos atendimentos diário dos pacientes receberam formulários eletrônicos semanais para preencher informações clínicas relacionadas ao delírium.

Durante o período do estudo, as UTIPs ainda não haviam implementado qualquer protocolo de delirium e o diagnóstico dependia somente da experiência clínica da equipe médica, sem qualquer formação anterior ou a utilização de uma ferramenta validada e confiável.

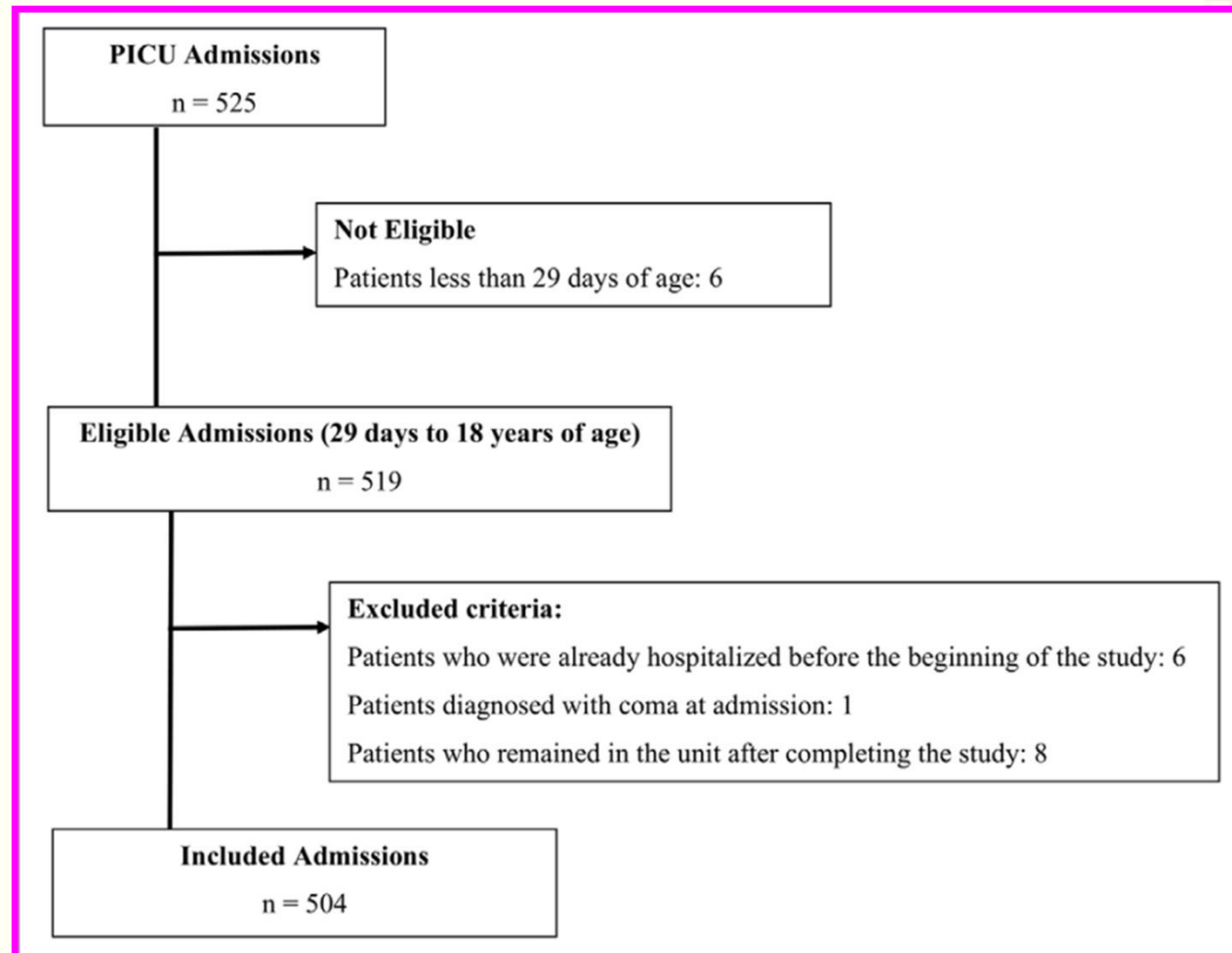




MATERIAL E MÉTODOS

Os intensivistas descreveram se os pacientes apresentavam ou não delirium em relatórios semanais, respondendo à pergunta: "Esse paciente apresenta qualquer episódio de delirium relatados pela equipe?". A resposta deveria ser "sim" ou "não".

Fluxograma da população do estudo para detecção de delirium em três UTIPs
brasileiras em um período de 6 meses



CASO 1:

Menino de 8 anos internado na UTIP-1 com leucemia, sepse grave e PIM2 elevado (87%). O diagnóstico de delirium foi baseado apenas na agitação psicomotora (nenhum outro critério foi mencionado, como desatenção e pensamento desorganizado).

Esta criança permaneceu em ventilação mecânica invasiva (VMI) por 10 dias, com infusão contínua de midazolam e fentanil (doses máximas: 0,4 mg/kg/h e 3,0 µg/kg/h, respectivamente).

O tempo de permanência na UTIP e no Hospital foi de 17 e 59 dias, respectivamente.



CASO 2

Menina de 14 anos da UTIP-2, também com leucemia, PIM2 28%. O diagnóstico de delirium foi baseado apenas em *confusão mental*.

Este paciente necessitou de VMI e infusão de midazolam e fentanil (doses máximas: 0,1 e 1,0 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$, respectivamente).

Ela morreu 24 horas após a internação



DISCUSSÃO:

As descobertas sugerem uma falha no diagnóstico de delirium nessas Unidades, particularmente os hipotativos, uma vez que os dois casos notificados foram baseados em agitação e confusão.

Dados da literatura sugerem uma prevalência de delirium (0,84–4%), esperávamos encontrar pelo menos 4–20 casos de delirium em nossa amostra.

A idade tem se mostrado um fator de risco relevante para delirium, especialmente em crianças menores de 2 anos, e muitos casos passam despercebidos.

No estudo, o delirium foi identificada em apenas dois pacientes (8 e 14 anos), embora 78% da amostra tinha menos de 5 anos.



CONCLUSÃO:

O diagnóstico de Delirium baseado apenas na experiência clínica ocorreu em uma frequência muito baixa. Este estudo serve para chamar a atenção à possibilidade de subdiagnóstico e erro no diagnóstico do delirium e a necessidade de implementação de um protocolo para seu monitoramento e gerenciamento com base em uma ferramenta validada e confiável.



REFERENCES

1. Page V, Ely EW. Delirium in Critical Care. Second Edition. Cambridge, United Kingdom, Cambridge University Press, 2015
2. Harris J, Ramelet AS, van Dijk M, et al: Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: An ESPNIC position statement for healthcare professionals. *Intensive Care Med* 2016; 42:972–986
3. Traube C, Silver G: Identify delirium, then investigate for underlying etiology. *Pediatr Crit Care Med* 2018; 19:86–87
4. Slooff VD, van den Dungen DK, van Beusekom BS, et al: Monitoring haloperidol plasma concentration and associated adverse events in critically ill children with delirium: First results of a clinical protocol aimed to monitor efficacy and safety. *Pediatr Crit Care Med* 2018; 19:e112–e119
5. Flaigle MC, Ascenzi J, Kudchadkar SR: Identifying barriers to delirium screening and prevention in the pediatric ICU: Evaluation of PICU staff knowledge. *J Pediatr Nurs* 2016; 31:81–84
6. Kudchadkar SR, Yaster M, Punjabi NM: Sedation, sleep promotion, and delirium screening practices in the care of mechanically ventilated children: A wake-up call for the pediatric critical care community*. *Crit Care Med* 2014; 42:1592–1600
7. von Elm E, Altman DG, Egger M, et al; STROBE Initiative: The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol* 2008; 61:344–349
8. Traube C, Silver G, Reeder RW, et al: Delirium in critically ill children: An international point prevalence study. *Crit Care Med* 2017; 45:584–590
9. Ista E, van Beusekom B, van Rosmalen J, et al: Validation of the SOS-PD scale for assessment of pediatric delirium: A multicenter study. *Crit Care* 2018; 22:309
10. Traube C, Silver G, Gerber LM, et al: Delirium and mortality in critically ill children: Epidemiology and outcomes of pediatric delirium. *Crit Care Med* 2017; 45:891–898
11. van Dijk M, Knoester H, van Beusekom BS, et al: Screening pediatric delirium with an adapted version of the sophia observation withdrawal symptoms scale (SOS). *Intensive Care Med* 2012; 38:531–532
12. Meyburg J, Dill ML, Traube C, et al: Patterns of postoperative delirium in children. *Pediatr Crit Care Med* 2017;18:128–133
13. Molon ME, Castro REV, Foronda FAK, et al: Translation and cross-cultural adaptation of the pediatric confusion assessment method for the intensive care unit into Brazilian Portuguese for the detection of delirium in pediatric intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva* 2018; 30:71–79
14. de Castro REV, Prata-Barbosa A, de Magalhães-Barbosa MC, et al: Validity and reliability of the Brazilian Portuguese version of the pediatric confusion assessment method for the ICU. *Pediatr Crit Care Med* 2020; 21:e39–e46

NOTA DO EDITOR DA PÁFINA NEONATAL
WWW.PAULOMAEGOTTO.COM.BR DR.
PAULO R. MARGOTTO. CONSULTEM TAMBÉM!
AQUI E AGORA!

E DELIRIUM NA UTI NEONATAL?



Carmen Valda Filha Margotto, Paulo R. Margotto e Marta David R. de Moura
(2006)

Delirium na UTIN



[Delirium in the NICU.](#)

Tarrell A, Giles L, Smith B, Traube C, Watt K.J Perinatol. 2024 Feb;44(2):157-163. doi: 10.1038/s41372-023-01767-5. Epub 2023 Sep 8. PMID: 37684547 Review.

Realizado por Paulo R. Margotto

- Entre os recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), estima-se que cerca de 22% sofram de delirium (Na UTI Pediátrica, 20-40%). Nenhuma ferramenta de rastreamento ou diagnóstico foi validada especificamente em uma população de UTIN.
- O manejo deve incorporar uma abordagem de equipe, com foco na minimização dos fatores de risco modificáveis, maximização de cuidados de suporte robustos e otimização do tratamento não farmacológico.
- Benzodiazepínicos e opioides, comumente utilizados em ambientes de UTI, não devem ser considerados como tratamento para delirium, pois são conhecidos fatores de risco para delirium.

Irritabilidade Grave em Prematuro Grave: Um Caso de Delirium na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

[Severe irritability in a critically ill preterm infant: a case of delirium at the neonatal intensive care unit.](#) Moraes LHA, Maropo VLB, Zoboli I, Falcão MC, de Carvalho WB. *Dement Neuropsychol.* 2023 Apr 14;17:e20220046. doi: 10.1590/1980-5764-DN-2022-0046. eCollection 2023.

PMID: 37223840. **ARTIGO GRATIS!**

Realizado por Paulo R. Margotto

Na UTIN o *delirium* raramente é diagnosticado. Como os critérios diagnósticos sobrepõem entre *delirium* e síndrome de abstinência de opioides (taquicardia, agitação psicomotora, tremores, choro excessivo e inconsolável e intolerância alimentar que não melhoram), pensar em *delirium*. Apesar de poucos estudos farmacodinâmicos nessas faixas etárias, o uso de quetiapina parece seguro e eficaz na melhora e reversão dos sintomas de *delirium* (antagonista não seletivo dos receptores de dopamina e serotonina e tem aprovação da *Food and Drug Administration* [FDA] para o tratamento do transtorno bipolar pediátrico.

- RN de 31 sem 5 dias de idade pós-menstrual (s. Tirner/Dandy-Walker)
 - **33 dias de ventilação mecânica**
- recebeu altas doses de sedativos (**dexmedetomidina-23 dias** e ana (fentanil por 50 dias), **metadona e clonidina**)
- A partir daí, iniciou períodos de **agitação, choro, sudorese, taquica irritabilidade intensa, que permaneceram inalterados apesar das farmacológicas.**
- Assim se pensou em dor visceral neurológica: FENITOÍNA E KETAM

QUETIAPINA* 0,5 mg/kg/dose a cada 8 horas

- **melhora significativa do quadro clínico, permitindo o ret**
nutrição enteral após 2 dias.
- **Após 4 dias, trocada a fenitoína por gabapentina enteral**
- **A clonidina foi descontinuada após 7 dias e**
- **a metadona após 10 dias.**
- **Quetiapina: antagonista não seletivo dos receptores de dop*
serotonina e tem aprovação da Food and Drug Administratic
tratamento do transtorno bipolar pediátrico.
- **14 dias após o início da quetiapina: iniciada sua retirada re**

OBRIGADO!

