Prevention and Management of Patients with *Delirium* during Hospitalization: Hospital Protocol

Prevenção e Abordagem do Doente com *Delirium* no Internamento: Protocolo Hospitalar

Daniela Soares[1], Ana Rita Castro[2], Alexandra Machado[1], Beatriz Vitó Madureira[1], Rafael Marques[3], José Meireles[1], Yolanda Martins[1], Gonçalo Sarmento[1], Luísa Lagarto[4], Susan Santo[4], Ivânia Alves[2], Luís Ruano[2], Carla Pereira Fontes[1]

Abstract:

Delirium is a syndrome of acute onset and potentially reversible course, characterized by disturbances across multiple cognitive domains. It has a high prevalence, particularly among the elderly population, affecting more than 50% of patients in the hospital setting. Therefore, the authors consider it essential to conduct an in-depth analysis of this condition, as well as to define structured strategies for prevention, early diagnosis, and appropriate management.

An extensive literature review was conducted, including original articles, systematic reviews, clinical guidelines, and institutional documents. For this purpose, the PubMed and Google Scholar databases were searched, along with clinical reference platforms such as UpToDate and Medscape. Additionally, guidelines published by the National Institute for Health and Care Excellence (NICE), the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), and the American Geriatrics Society (AGS) were reviewed.

Available evidence demonstrates that the cornerstone of *delirium* management is the implementation of non-pharmacological strategies focused on prevention, particularly those aimed at enhancing orientation, promoting environmental familiarity, and regulating the sleep–wake cycle. Pharmacological therapy should be reserved for cases of hyperactive *delirium*, with haloperidol being the most extensively studied agent in this class. However, there has been a growing use of atypical antipsychotics, such as quetiapine, risperidone, olanzapine, and aripiprazole. In patients with disruption of the sleep–wake cycle, treatment should focus on its normalization, favoring the use of agents approved for insomnia, such as trazodone, mirtazapine, and melatonin.

It should be emphasized that physical restraint must be considered an exceptional measure, justified only when there is a risk to the physical integrity of the patient or others, and only after all other therapeutic options have been exhausted.

In summary, this protocol is expected to contribute to improving the clinical approach to *delirium* by promoting its prevention, early recognition, and appropriate management, thereby reducing morbidity, length of hospital stays, and associated healthcare costs, as well as fostering the standardization of evidence-based practices.

Keywords: Delirium/diagnosis; Delirium/drug therapy; Delirium/prevention & control; Hospitalization.

Resumo:

O *delirium* é uma síndrome de instalação aguda e potencialmente reversível, caracterizada por alterações em múltiplos domínios cognitivos. Apresenta elevada prevalência, particularmente na população idosa, podendo afetar mais de 50% dos doentes em contexto de internamento hospitalar. Assim, os autores consideram importante a realização de uma análise aprofundada desta entidade, bem como a definição de estratégias estruturadas de prevenção, diagnóstico precoce e abordagem adequada.

Foi realizada uma pesquisa exaustiva de artigos originais, revisões sistemáticas, guidelines clínicas e documentos institucionais. Para o efeito, foram consultadas as bases de dados PubMed e Google Scholar, bem como plataformas de referência clínica, incluindo UpToDate e Medscape. Adicionalmente, foram analisadas as diretrizes publicadas pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE), pelo Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) e pela American Geriatrics Society (AGS).

A evidência disponível demonstra que a pedra basilar da abordagem do *delirium* é a aplicação de estratégias não farmacológicas, centradas na prevenção que visam facilitar a orientação, nomeadamente através da promoção da orientação, da familiaridade do ambiente e da regulação do ciclo sono-vigília. A terapêutica farmacológica deverá ser reservada

[1]Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Entre-o-Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal
[2]Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Entre-o-Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal
[3]Serviço de Oncologia, Unidade Local de Saúde de Entre-o-Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal
[4]Serviço de Psiquiatria, Unidade Local de Saúde de Entre-o-Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal

https://doi.org/10.24950/rspmi.2824

apenas no *delirium* hiperativo, sendo o haloperidol o fármaco desta classe melhor estudado. Contudo, tem-se verificado o aumento do uso de antipsicóticos atípicos, como a quetiapina, a risperidona, a olanzapina e o aripiprazol. Em doentes com disrupção do ciclo sono-vigília, o objetivo do tratamento centra-se em ajudar o doente a normalizá-lo, privilegiando o uso de fármacos aprovados para o tratamento de insónia, como a trazodona, a mirtazapina e a melatonina.

A destacar que a contenção física deve ser uma conduta excecional, justificável apenas quando houver risco à integridade física do doente ou daqueles à sua volta, após esgotadas todas as outras opções terapêuticas.

Em suma, espera-se que o presente protocolo contribua para a melhoria da abordagem do *delirium*, promovendo a sua prevenção, o reconhecimento precoce e o tratamento adequado, com impacto na redução da morbilidade, da duração do internamento e dos custos associados, bem como na uniformização de práticas baseadas na evidência.

Palavras-chave: Delirium/diagnóstico; Delirium/prevenção e controlo; Delirium/tratamento farmacológico; Hospitalização.

Introdução

O *delirium* define-se como uma síndrome neuropsiquiátrica aguda, transitória e flutuante, não explicável por um distúrbio neurocognitivo pré-existente. Caracteriza-se por um declínio cognitivo ao nível da consciência e da atenção, alteração da atividade psicomotora (aumentada ou diminuída) e/ou do ciclo sono-vigília. A maioria dos episódios apresenta duração de dias, mas pode prolongar-se até várias semanas ou meses.[1,2]

É muito prevalente, sobretudo na população idosa, podendo acometer mais de 50% dos idosos internados.[3,4] Pode ser desencadeado por múltiplos fatores, incluindo doença aguda, trauma, cirurgia ou uso/abstinência de álcool e drogas.[5,6]

Apesar de grave e potencialmente fatal, o *delirium* é frequentemente subdiagnosticado e negligenciado, constituindo um fator de prognóstico independente para complicações no internamento, nomeadamente quedas, aumento da demora média, mortalidade e índices de institucionalização, elevando os custos em saúde.[1,7,8]

Neste contexto, torna-se fundamental a implementação de estratégias estruturadas que permitam a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado do *delirium*. Para além destes objetivos primários, assume igualmente particular relevância a identificação precoce de doentes em risco e a intervenção dirigida sobre fatores precipitantes e condições clínicas potencialmente modificáveis, de forma a reduzir a incidência, a gravidade e a duração dos episódios de *delirium*.

O presente protocolo tem como objetivo sistematizar a abordagem do *delirium* em contexto de internamento hospitalar, promovendo uma atuação baseada na evidência, orientada para a prática clínica e centrada na melhoria dos outcomes dos doentes.

Metodologia

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura com o objetivo de compilar evidência atualizada e recomendações aplicáveis à prevenção, diagnóstico e abordagem terapêutica do *delirium* em contexto de internamento hospitalar.

A pesquisa bibliográfica foi efetuada nas bases de dados PubMed e Google Scholar, complementada pela consulta de recomendações e documentos institucionais de sociedades científicas e organismos de referência. Na PubMed, foram utilizados combinações dos termos: *"delirium"*, *"hospitalized patients"*, *"older adults"*, *"elderly"*, *"prevention"*, *"diagnosis"*, *"management"*, *"treatment"*, *"non-pharmacological interventions"*, *"antipsychotics"*, *"melatonin"* e *"sleep-wake cycle"*. No Google Scholar, foram utilizados os mesmos termos e combinações equivalentes, com adaptação à estrutura do motor de busca. Sempre que pertinente, foram também consultadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados para identificação de literatura adicional relevante.

Foram privilegiados artigos originais, revisões sistemáticas, *guidelines* clínicas, consensos de peritos e documentos institucionais publicados em inglês ou português, com especial enfoque na evidência mais recente e aplicável à prática clínica em enfermarias de adultos e idosos. Quando relevante, foram também incluídas referências clássicas ou documentos de base considerados fundamentais para a definição conceptual, enquadramento diagnóstico ou estruturação da abordagem clínica.

A seleção das referências foi realizada pelos autores com base na relevância para os objetivos do protocolo, tendo sido dada prioridade a publicações com maior robustez metodológica e a recomendações emitidas por entidades reconhecidas internacionalmente, nomeadamente o National Institute for Health and Care Excellence (NICE), o Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) e a American Geriatrics Society (AGS).

A consulta de plataformas de apoio à decisão clínica, nomeadamente UpToDate e Medscape, teve como finalidade complementar a revisão bibliográfica com informação sintética e atualizada sobre abordagem prática, opções farmacológicas e aspetos de monitorização clínica. A sua utilização justificou-se pela acessibilidade institucional, ampla utilização na prática clínica e utilidade na sistematização de recomendações operacionais. Sempre que possível, a informação obtida nestas plataformas foi confrontada com a literatura primária e com documentos normativos de sociedades científicas.

Com base na evidência recolhida, foram elaborados esquemas de atuação prática adaptados ao contexto hospitalar local (Fig. 1). O documento foi posteriormente discutido em

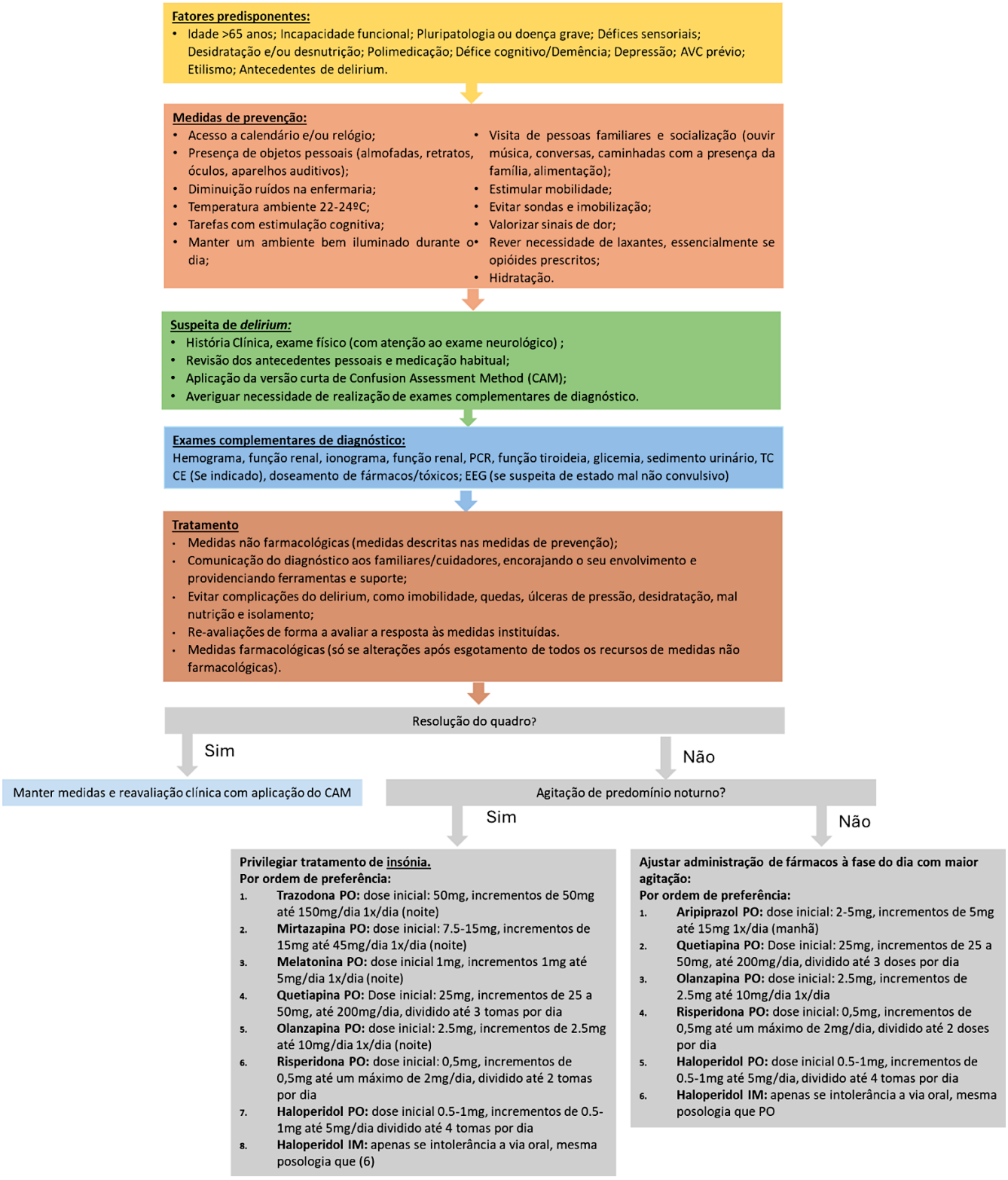

Figura 1: Esquema resumo da prevenção e abordagem de doente com *delirium*.

reuniões clínicas multidisciplinares com médicos especialistas das áreas de Medicina Interna, Neurologia e Psiquiatria de um hospital distrital do norte do país. A versão final do protocolo resultou da integração dessas contribuições e foi revista e aprovada por todos os autores.

Fisiopatologia

Os sintomas do *delirium* resultam de alterações complexas e multifatoriais no funcionamento de circuitos neuronais e sistemas de neurotransmissão, envolvendo interações dinâmicas entre fatores predisponentes e precipitantes.[1,9,10]

Entre os principais mecanismos fisiopatológicos propostos, destaca-se o desequilíbrio nos sistemas de neurotransmissores, nomeadamente a diminuição da atividade colinérgica e o aumento da atividade dopaminérgica, frequentemente exacerbados pela utilização de fármacos com propriedades anticolinérgicas ou dopaminérgicas.[1,9] Para além destes, tem sido também descrita a possível implicação de alterações nos sistemas GABAérgico e serotoninérgico, contribuindo para a disrupção do equilíbrio neuroquímico e para as alterações do estado de consciência e comportamento observadas no *delirium*.

Paralelamente, alterações no metabolismo cerebral, com redução do metabolismo oxidativo (observadas em situações como hipoglicemia ou hiperglicemia, distúrbios eletrolíticos, hipoxemia, anemia, isquemia, desnutrição ou défice de tiamina) contribuem para a disfunção neuronal aguda.[1]

Adicionalmente, a resposta inflamatória sistémica tem sido amplamente implicada na fisiopatologia do *delirium*, através do aumento de citocinas pró-inflamatórias e da disfunção da barreira hematoencefálica, conduzindo a alterações na neurotransmissão e na homeostase cerebral.[1,10]

Diagnóstico

Ao longo do tempo, vários termos têm sido utilizados para descrever esta patologia, tais como encefalopatia, insuficiência cerebral aguda ou estado confusional agudo. Contudo, devido à ausência de terminologia consistente, foi criado um consenso que define *delirium* de acordo com os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – 5 (DSM-5),[2] abaixo citados:

A. Perturbação da atenção (isto é, redução da capacidade de dirigir, focar, sustentar ou desviar a atenção) e do nível de consciência (isto é, diminuição da perceção do ambiente);
B. A perturbação desenvolve-se num curto período de tempo (geralmente horas a dias), representa uma mudança da linha de base dos níveis de atenção e consciência, e tende a flutuar em severidade ao longo do dia;
C. Perturbação cognitiva adicional, por exemplo, défice de memória, desorientação, perturbação da linguagem, das capacidades visuo-espaciais ou da perceção;
D. As perturbações dos critérios A e C não são explicadas por outro distúrbio neurocognitivo pré-existente estabelecido ou em evolução, nem ocorrem no contexto de uma redução severa do estado de consciência, como o coma;
E. Há evidência pela história clínica, exame físico ou laboratorial, de que a perturbação é consequência fisiológica direta de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de uma substância (droga de abuso ou medicação), exposição a toxina ou devido a múltiplas etiologias.

O *delirium* pode apresentar-se de 3 formas clínicas: hiperativo, hipoativo ou misto. No *delirium* hiperativo, os doentes apresentam um estado de agitação psicomotora, com insónia, labilidade emocional, podendo haver heteroagressividade e comportamentos disruptivos (ex.: remoção de dispositivos) e, até mesmo, alucinações (tipicamente visuais e no período noturno). Por outro lado, o doente com *delirium* hipoativo apresenta-se apático, prostrado e confuso. No tipo misto, há uma alternância entre os estados hipoativo e hiperativo. A sua forma mais comum nos doentes idosos é a hipoativa, sendo, no entanto, a menos detetada.[7]

A abordagem diagnóstica do *delirium* deve ser precoce e sistematizada, idealmente nas primeiras 24 horas após a admissão hospitalar, com particular enfoque na identificação de doentes em risco.[8]

Diversos fatores predisponentes aumentam a vulnerabilidade ao desenvolvimento de *delirium*, nomeadamente idade avançada, défices cognitivos prévios, polimedicação, comorbilidades múltiplas, défices sensoriais, desidratação e desnutrição, bem como antecedentes de depressão, acidente vascular cerebral ou episódios prévios de *delirium*.[1,7]

Adicionalmente, múltiplas condições clínicas podem atuar como fatores precipitantes, incluindo distúrbios hidroeletrolíticos, alterações metabólicas, hipóxia, infeções sistémicas, síndromes de abstinência e efeitos adversos de fármacos, nomeadamente opioides, benzodiazepinas, corticosteroides e agentes anticolinérgicos.[1,5]

A história clínica deve focar-se no curso temporal das alterações do estado mental e a associação com outros sintomas ou eventos. Para isso, é essencial conhecer o estado basal do doente. Relatos como "está um pouco sonolento", "não está em si mesmo", "não está a comer bem" ou "está um pouco confuso" por parte de familiares ou cuidadores devem motivar uma avaliação. Os antecedentes patológicos permitem a avaliação do grau de vulnerabilidade para desenvolver *delirium*. É igualmente importante a revisão da medicação (incluindo alterações recentes ao esquema terapêutico) e história de exposição a tóxicos (álcool ou outras substâncias).

O exame objetivo, além da avaliação objetiva geral, deve incluir uma pesquisa de sinais de traumatismo, infeções ou outras afeções agudas, exame mental e neurológico. A observação deve colocar sempre ênfase na identificação de um problema médico agudo ou exacerbação de um problema médico crónico passível de causar *delirium*.

A aplicação de uma escala de rastreio deverá ser seguida da aplicação dos critérios de diagnóstico que constam na DSM-5. Como escala de rastreio a aplicar, propomos a versão curta do *Confusion Assessment Method* (CAM), que está validada para a população portuguesa,[11,12] para populações idosas, em internamento ou ambulatório, e pode ser aplicada por qualquer profissional de saúde. É o instrumento mais utilizado em todo o mundo e recomendado pelas guidelines internacionais[8] (Anexo 1).

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial do *delirium* é amplo e exige uma avaliação clínica cuidadosa, uma vez que diversas condições podem manifestar-se com alterações agudas do comportamento ou do estado mental. Deve ser considerada a possibilidade de uma alteração comportamental decorrente de demência já previamente estabelecida, sobretudo quando não se identificam fatores precipitantes agudos. Outras causas a excluir incluem: intoxicações ou efeitos iatrogénicos de fármacos, perturbações psiquiátricas primárias como depressão, mania ou psicose, e eventos neurológicos agudos, nomeadamente acidente vascular cerebral. Importa ainda ponderar o diagnóstico de estado de mal epilético não convulsivo, bem como situações de abstinência, quer alcoólica — designada *delirium tremens* —, quer de fármacos como benzodiazepinas ou opióides.

Exames complementares de diagnóstico

Perante a suspeita clínica, a investigação complementar tem como objetivo ajudar a identificar potenciais causas ou fatores precipitantes subjacentes, pelo que é recomendada a realização dos seguintes:

- Estudo analítico com hemograma, função renal, ionograma, perfil hepático, proteína C reativa, função tiroideia, glicemia;
- Sedimento urinário;
- Tomografia computorizada crânioencefálica (TC-CE) - especialmente se traumatismo craniano, défices neurológicos focais de novo; depressão do estado de consciência; queda(s) recente(s); estado cognitivo prévio desconhecido sem exame de imagem prévio. Deve ter-se especial atenção em doentes anticoagulados e/ou antiagregados;
- Doseamento de fármacos no sangue (ex.: ácido valpróico, lítio), alcoolemia, pesquisa de drogas de abuso na urina, amónia – caso o contexto do doente o justifique;
- Eletroencefalograma- se suspeita de crises epilépticas ou estado de mal não convulsivo;

A punção lombar não deve ser realizada por rotina (a ponderar individualmente).

Estratégias de prevenção de *delirium* em contexto hospitalar

O ambiente e as rotinas de cuidado devem ser organizados de forma a facilitar a orientação, promover a sensação de familiaridade e favorecer o ciclo sono-vigília.[8,13,15]

Assim, recomendam-se as estratégias presentes na Tabela 1.

Quanto ao último ponto mencionado, os critérios de Beers são úteis neste processo, podendo ser aplicados a doentes com ≥ 65 anos (Anexo 2).[14] Os fármacos a evitar, suspender ou reduzir a dose, sempre que possível, são os antidepressivos tricíclicos, anticolinérgicos, benzodiazepinas e anti-histamínicos. Os opioides também podem causar *delirium*, sendo a petidina aquele que acarreta um maior risco, e a morfina, o fentanilo e a oxicodona os menos associados. Nos doentes sob opioides, é crucial estar atento à necessidade de laxantes, porque a obstipação, por si só, é um possível precipitante de *delirium*.

Tabela 1: Estratégias de prevenção de *delirium* em contexto hospitalar.

Otimização do ambiente envolvente	Manter um ambiente bem iluminado durante o dia; Garantir a presença de calendário e relógio em local visível; Facilitar a presença de objetos pessoais (almofada, porta-retratos, imagens religiosas, livros).
Otimização das rotinas na enfermaria	Reduzir o ruído noturno ao mínimo possível; evitar ambientes quentes e abafados durante a noite (22ºC–24°C); Incentivar a estimulação cognitiva (leitura, jogos, música, conversação); promover o uso de dispositivos sensoriais (óculos, aparelhos auditivos, próteses dentárias); Evitar sestas prolongadas; promover a mobilidade com apoio; Evitar cafeína após as 14h; Oferecer bebida quente à ceia (preferencialmente infusões não estimulantes como camomila, erva-cidreira, hortelã ou hibisco).
Envolvimento de familiares/ cuidadores	Facilitar a visita de familiares e cuidadores para estimulação cognitiva e socialização, evitando simultaneamente a sobrecarga de estímulos (grupos numerosos).
Dispositivos invasivos	Evitar sondas e cateteres sempre que possível, especialmente em doentes com compromisso cognitivo ou risco de necessidade de contenção.
Controlo da dor	Valorizar sinais indiretos de dor (inquietação, postura rígida, punhos cerrados, desconforto respiratório, gemidos, fácies de dor).
Hidratação	Prevenir desidratação, particularmente em doentes com recusa alimentar, vómitos, diarreia, acesso limitado a líquidos ou sob terapêutica diurética.
Revisão terapêutica	Rever a medicação em curso, com o objetivo de minimizar iatrogenia e reduzir fármacos potencialmente desencadeadores do *delirium*.

Tratamento

TERAPÊUTICA NÃO FARMACOLÓGICA

A abordagem terapêutica inclui o tratamento das causas precipitantes e medidas não farmacológicas (de prevenção, mas também terapêuticas) acima descritas. Para além disso, é fundamental comunicar de forma clara o diagnóstico aos familiares e cuidadores, encorajando o seu envolvimento ativo no processo assistencial e providenciando ferramentas de suporte. O *delirium* está descrito como uma experiência angustiante e traumática pelos doentes. Neste contexto, a presença de familiares/cuidadores poderá ajudar a protegê-lo contra estas emoções. Devem, ainda, ser adotadas medidas destinadas a prevenir complicações associadas, nomeadamente imobilidade, quedas, úlceras de pressão, desidratação, má nutrição e isolamento social. Por fim, devem realizar-se reavaliações clínicas seriadas de forma a apurar a resposta às medidas instituídas.

É essencial que exista uma equipa multidisciplinar capaz de criar rotinas e um ambiente familiar nas enfermarias (auxiliares, enfermeiros, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, etc.).[15]

Nos quadros de *delirium*, a contenção física deve ser uma conduta excecional, justificável apenas quando há risco à integridade física do doente ou daqueles à sua volta, após o esgotamento de todos os recursos de tratamento não farmacológico e farmacológico e com necessidade de fundamentação, conforme a orientação da Direção-Geral de Saúde.[16] Em doentes com nível de consciência minimamente preservado, a contenção provavelmente será interpretada como uma agressão. Nos doentes em fim de vida, a restrição representará um desconforto adicional. A contenção física contribui para agravar o quadro confusional e a agitação, dificulta o posicionamento no leito, causa dor osteomuscular e aumenta substancialmente o risco de lesão por pressão. O decúbito dorsal forçado dificulta a dinâmica respiratória e aumenta o risco de broncoaspiração.

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Após identificação e abordagem de eventuais fatores precipitantes, a terapêutica farmacológica do *delirium* pode estar indicada para prevenir que o doente se coloque em risco ou como forma de otimizar o controlo sintomático dado pelas medidas não farmacológicas. Assim sendo, é mais frequentemente indicado no contexto de *delirium* hiperativo, e tem como objetivo atuar em sintomas específicos como agitação, ansiedade, disrupção do ciclo sono-vigília e sintomas psicóticos.

A abordagem terapêutica baseia-se na atuação específica de fármacos ao nível dos neurotransmissores propostos como mecanismo fisiopatológico do *delirium*.

Está recomendado o uso de fármacos de curta ação e em baixas doses, por via oral ou intramuscular. Em idosos, pelo risco aumentado de complicações, deve-se começar sempre com doses mais baixas e ir titulando de acordo com a tolerância, a resposta e os efeitos adversos.

A introdução de medidas farmacológicas para tratamento do *delirium* deve ser personalizada ao perfil do doente, pelo que se recomenda:

1. Identificar os períodos de maior exacerbação sintomática. Dado que o *delirium* é, por definição, uma síndrome de curso flutuante ao longo do dia, deve procurar-se ajustar a administração dos fármacos aos momentos de maior agitação ou risco, minimizando assim a exposição desnecessária e potenciais efeitos adversos;
2. Excluir antecedentes de parkinsonismo e demência de corpos de Lewy. Nestes doentes, a terapêutica com antipsicóticos deve ser utilizada com particular precaução, dada a marcada sensibilidade aos fármacos com antagonismo dopaminérgico, associada a risco acrescido de agravamento dos sintomas extrapiramidais. Sempre que a utilização de antipsicóticos seja imprescindível, a quetiapina ou a clozapina são geralmente preferidas pelo seu menor perfil antidopaminérgico.
3. Excluir antecedentes de patologia cardíaca. Deve ser avaliada a existência de doença cardíaca prévia, em especial distúrbios da condução, uma vez que alguns fármacos podem prolongar o intervalo QT e aumentar o risco de arritmias, exigindo vigilância e precaução na prescrição.

As opções terapêuticas mais frequentemente utilizadas neste contexto são os antipsicóticos, sendo o haloperidol o fármaco desta classe melhor estudado no âmbito do tratamento do *delirium*. Nos últimos anos, o uso de antipsicóticos atípicos, como a quetiapina ou a risperidona (e mais recentemente também a olanzapina e o aripiprazol) tem vindo a aumentar, com uso suportado por algumas recomendações de peritos, dado o seu perfil mais seguro, com menos efeitos secundários, e eficácia comparável à do haloperidol (Tabela 2).[5,17]

Em doentes com *delirium* hiperativo com disrupção do ciclo sono-vigília, em que se verifica o padrão de agitação durante o período noturno e sonolência durante o período diurno, o objetivo do tratamento farmacológico centra-se em ajudar o doente a recuperar o ciclo sono-vigília habitual. Neste caso, pode privilegiar-se o uso de fármacos de outras classes além dos antipsicóticos, aprovados para o tratamento de insónia em pessoas com demência, como a trazodona, a mirtazapina e a melatonina[18] (Tabela 3).

Certas benzodiazepinas estão recomendadas apenas em situações muito específicas, nomeadamente o lorazepam (ação intermédia) e oxazepam (ação curta) que estão recomendados no *delirium* por abstinência (de benzodiazepinas ou álcool) ou na síndrome maligna de neurolépticos. A via oral é a preferida, sendo que o lorazepam e o oxazepam têm o benefício (principalmente nos casos de alcoolismo) de não serem metabolizados no fígado.

Table 2: Fármacos recomendados na abordagem do doente com *delirium* em contexto de internamento hospitalar, e respetivo esquema posológico proposto no âmbito do protocolo.

Fármaco	Vias de administração	Dose mínima - máxima	Frequência	Populações especiais (cautela na utilização)	Efeitos adversos
Aripiprazol	PO	2 - 15 mg/dia	24/24h (manhã)	-	Sonolência (menos que os outros), tonturas. Acatísia e insónia.
Quetiapina	PO	25 - 200 mg/dia	24/24h a 8/8h	Compromisso hepático grave	Sonolência, hipotensão ortostática
Olanzapina	PO (existe comprimido orodispersivel)	2,5 - 10 mg/dia	24/24h (noite)	-	Sonolência, sintomas gastrointestinais (GI), tonturas, reações extrapiramidais, hipotensão ortostática
Risperidona	PO (comprimido ou solução oral)	0,5 - 2 mg/dia	12/12h	Compromisso renal ou hepático grave	Sonolência, sintomas GI, tonturas, reações extrapiramidais
Haloperidol	PO ou IM	0,5 - 5 mg/dia	12/12h a 6/6h	Compromisso hepático grave Não administrar se doença Parkinson ou síndromes parkinsónicos	Sonolência (menos que os outros), reações extrapiramidais, prolongamento intervalo QT

PO- *per os*; IM- intramuscular; GI-gastrointestinais.

Table 3: Fármacos recomendados na abordagem da insónia em doentes com *delirium* em contexto de internamento hospitalar, e respetivo esquema posológico proposto no âmbito do protocolo.

Fármaco	Vias de administração	Dose mínima - máxima	Frequência	Populações especiais (cautela na utilização)	Efeitos adversos
Trazodona	PO	50-200 mg/dia	24/24h	-	Prolongamento intervalo QT, taquicardia ventricular, hipotensão ortostática, tonturas, xerostomia, obstipação, retenção urinária (efeitos anticolinérgicos)
Mirtazapina	PO	7,5-45 mg/dia	24/24h	Compromisso hepático	Sintomas gastrointestinais, cefaleia, aumento do apetite, hipersonolência
Melatonina	PO	1-5 mg/dia	24/24h	Compromisso hepático	Cefaleia, tonturas, irritabilidade, dor abdominal

PO - *per os*.

FÁRMACOS A EVITAR

- Clorpromazina: baixa afinidade por recetores dopaminérgicos, sendo necessárias doses altas (sedativas) para alcançar efeito antipsicótico. Deve ser evitada em doentes com *delirium*;
- Benzodiazepinas: devem ser evitadas em doentes idosos e no *delirium* de uma forma geral, com exceção do *delirium* por abstinência ou síndrome maligna de neurolépticos;
- A dexmedetomidina é um agonista alfa-2 seletivo com efeito simpaticolítico. Destina-se à utilização em ambiente de cuidados intensivos, bloco operatório e durante procedimentos de diagnóstico, não estando recomendado o seu uso noutros ambientes, pelos riscos de hipotensão, bradicardia e assistolia, em particular nos idosos.[19]

De relembrar que, apesar de se tratar de uma identidade rara, a síndrome maligna dos neurolépticos ocorre normalmente nos primeiros 10 dias de tratamento e caracteriza-se por início agudo de hipertonia muscular generalizada, hipertermia e instabilidade autonómica; analiticamente cursa com elevação de CK e leucocitose. O tratamento desta síndrome implica suspender imediatamente o antipsicótico e manter tratamento sintomático/de suporte.[20]

De forma a permitir uma pesquisa rápida acerca de todas estas recomendações, criou-se um esquema resumo do protocolo de prevenção e abordagem de doente com *delirium* (Fig. 1).

Conclusão

O protocolo apresentado procura sistematizar a abordagem do doente com *delirium* em contexto de internamento,

integrando recomendações baseadas na evidência e adaptadas à prática clínica. A sua implementação poderá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, promovendo a deteção precoce da síndrome, a redução de complicações associadas, a diminuição da duração do internamento e a otimização da utilização de recursos em saúde.

Importa ainda salientar a necessidade de monitorização clínica contínua, através de reavaliações seriadas do estado cognitivo e comportamental, idealmente com recurso a instrumentos padronizados como o *Confusion Assessment Method* (CAM), com periodicidade pelo menos diária ou ajustada à evolução clínica do doente. A sistematização do registo clínico, incluindo a caracterização do *delirium*, fatores precipitantes e resposta às intervenções, é fundamental para garantir a continuidade de cuidados e apoiar a tomada de decisão.

Em suma, espera-se que este protocolo constitua uma ferramenta de apoio à prática clínica, promovendo a uniformização de cuidados, uma abordagem multidisciplinar e centrada no doente, e contribuindo para melhores *outcomes* clínicos e maior segurança dos cuidados prestados. ■

Contributorship Statement

DS, ARC, RM – Literature review; article writing.
AM, BVM – Literature review.
JM, YM, GS, LL, SS – Critical review of the content.
IA, LR – Literature review; critical review of the content.
CPF – Literature review; content writing; critical review of the content.
All authors approved the final version to be published.

Declaração de Contribuição

DS, ARC, RM – Revisão Teórica; Escrita do artigo.
AM, BVM – Revisão teórica.
JM, YM, GS, LL, SS – Revisão crítica do conteúdo.
IA, LR – Revisão teórica, Revisão crítica do conteúdo.
CPF – Revisão teórica, escrita do conteúdo, revisão crítica do conteúdo.
Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.
Financial Support: This work has not received any contribution grant or scholarship.
Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer-reviewed.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.
Apoio Financeiro: Este trabalho não recebeu qualquer subsídio, bolsa ou financiamento.
Proveniência e Revisão por Pares: Não solicitado; revisão externa por pares.

© 2026 Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. This is an open-access article under the CC BY-NC 4.0. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

© 2026 Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Este é um artigo de acesso aberto sob a licença CC BY-NC 4.0. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial.

Corresponding Author / Autor Correspondente:

Daniela Soares - danielafilipa575@gmail.com / 912858855
Serviço de Medicina Interna na Unidade Local de Saúde de Entre-o-Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal
Rua Dr. Cândido Pinho 5, 4520-211, Santa Maria da Feira, Aveiro, Portugal

Received / Recebido: 04/12/2025
Accepted / Aceite: 02/06/2026
Published Online / Publicado Online: 30/10/2026
Publicado / Published: 30/10/2026

REFERÊNCIAS

1. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD, MacLullich AMJ, et al. Delirium. Nat Rev Dis Primers. 2020;6:90. doi:10.1038/s41572-020-00223-4.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
3. Mittal V, Muralee S, Williamson D, McEnerney N, Thomas J, Cash M, et al. Delirium in the elderly: a comprehensive review. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2011;26:97-109. doi:10.1177/1533317510397331.
4. Lôbo RR, Lôbo AP, Lourenço RA. Delirium. Medicina. 2010;43:249-57.
5. Sadlonova M, Duque A, Vališ M, Hort J, Rusina R. Pharmacologic treatment of delirium symptoms: a systematic review. Gen Hosp Psychiatry. 2022;79:60-75. doi:10.1016/j.genhosppsych.2022.10.010.
6. Prayce R, Quaresma F, Neto IG. Delirium: o 7º parâmetro vital? Acta Med Port. 2018;31:51-8. doi:10.20344/amp.9670.
7. Martins S, Fernandes L. Delirium in elderly people: a review. Front Neurol. 2012;3:101. doi:10.3389/fneur.2012.00101.
8. O'Mahony R, Murthy L, Akunne A, Young J; Guideline Development Group. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. Ann Intern Med. 2011;154:746-51. doi:10.7326/0003-4819-154-11-201106070-00006.
9. Kirshner HS. Delirium: a focused review. Curr Neurol Neurosci Rep. 2007;7:479-82. doi:10.1007/s11910-007-0074-7.
10. Soiza RL, Myint PK. The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 157: guidelines on risk reduction and management of delirium. Medicina. 2019;55:491. doi:10.3390/medicina55080491.
11. Martins S, Simões MR, Fernandes L. Pilot study on the European Portuguese version of the Confusion Assessment Method. Acta Neuropsychiatr. 2014;26:321-4. doi:10.1017/neu.2014.15.
12. Martins S, Simões MR, Fernandes L. Validation study of the European Portuguese version of the Confusion Assessment Method (CAM). Int Psychogeriatr. 2015;27:777-84. doi:10.1017/S1041610214001926.
13. Culp K, Mentes J, Wakefield B. Hydration and acute confusion in long-term care residents. West J Nurs Res. 2003;25:251-66. doi:10.1177/0193945902250409.
14. American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2023;71:2052-81. doi:10.1111/jgs.18372.
15. Reston JT, Schoelles KM. In-facility delirium prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. Ann Intern Med. 2013;158:375-80. doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00003.
16. Direção-Geral da Saúde. Orientação n.º 021/2011: prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Lisboa: DGS; 2011.
17. Marshall GA. Neuropsychiatric symptoms in dementia. Continuum. 2024;30:1744-60. doi:10.1212/CON.0000000000001501.
18. Neikrug AB, Ancoli-Israel S. Sleep-wake disturbances and sleep disorders in patients with dementia. Waltham: UpToDate; 2025 [consultado 2025 May 27]. Disponível em : https://www.uptodate.com/contents/sleep-wake-disturbances-and-sleep-disorders-in-patients-with-dementia
19. LaHue SC, Douglas VC. Approach to altered mental status and inpatient delirium. Neurol Clin. 2022;40:45-57. doi:10.1016/j.ncl.2021.08.004.
20. Simon LV, Hashmi MF, Callahan AL. Neuroleptic malignant syndrome. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2018.

Anexos

Anexo 1: Versão Curta do *Confusion Assessment Method* (CAM).

MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA CONFUSÃO (CAM)
FOLHA DE TRABALHO VERSÃO REDUZIDA

THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.

Data collected on visit date ☐ **or** specify date: _____ (DD-Mon-YYYY)

AVALIADOR/A: DATA:

		CAIXA 1	
I. INÍCIO AGUDO E CURSO FLUTUANTE			
a) Existem provas de uma alteração aguda face ao estado mental basal do/a paciente?	Não___	Sim___	Incerto___
b) O comportamento (anormal) flutuou durante o dia, ou seja, tendeu a ser intermitente ou a piorar e a melhorar?	Não___	Sim___	Incerto___
II. DESATENÇÃO			
O/a paciente tem dificuldade em concentrar-se, por exemplo, distraindo-se facilmente ou tendo dificuldade em acompanhar o que lhe é dito?	Não___	Sim___	Incerto___
III. PENSAMENTO DESORGANIZADO		CAIXA 2	
O pensamento do/a paciente foi desorganizado ou incoerente, manifestado em conversas incoerentes ou irrelevantes, com um fluxo confuso e ilógico de ideias, ou em mudanças imprevisíveis de assunto?	Não___	Sim___	Incerto___
IV. NÍVEL ALTERADO DE CONSCIÊNCIA			
Em geral, como classificaria o nível de consciência do/a paciente?			
- - Alerta (normal)			
- - Vigilante (hiperalerta)			
- - Letárgico (sonolento/a, fácil de acordar)			
- - Torpor (difícil de acordar)			
- - Coma (impossível de acordar)			
- - Incerto			
Escolheu outra opção que não "Alerta" ou "Incerto" para a pergunta anterior?	Não___	Sim___	

Nota: Se todos os itens da CAIXA 1 forem assinalados e pelo menos um item da CAIXA 2 for assinalado, sugere-se o diagnóstico de delírio.

Copyright © Adaptado de Inouye SK et al, Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. A New Method for Detection of Delirium. Ann Intern Med. 1990; 113:941-8. Copyright 2003, Hospital Elder Life Program, LLC. Não pode ser reproduzido sem autorização prévia.

CAM - Portugal/Portuguese - Version of 31 Jul 13 - Mapi. ID6686 / CAM_TS1.0-author_porPT.doc

©1999 Hospital Elder Life Program, LLC. All rights reserved. Not to be reproduced without permission.

Fonte: Delirium Central. Delirium Instruments [Internet]. [consultado 2025 May 27]. Disponível em: https://www.deliriumcentral.org/delirium-instruments/

Anexo 2: Critérios de Beers.

Disease or syndrome	Drug(s)[a]	Rationale	Recommendation	Quality of evidence[b]	Strength of recommendation[b]
Central nervous system					
Delirium	Anticholinergics (see Table 7) Antipsychotics[c] Benzodiazepines Corticosteroids (oral and parenteral)[d] H2-receptor antagonists Cimetidine Famotidine Nizatidine Nonbenzodiazepine benzodiazepine receptor agonist hypnotics ("Z-drugs") Eszopiclone Zaleplon Zolpidem Opioids	Avoid in older adults with or at high risk of delirium because of the potential of inducing or worsening delirium. Antipsychotics: avoid for behavioral problems of dementia or delirium unless nonpharmacologic options (eg, behavioral interventions) have failed or are not possible and the older adult is threatening substantial harm to self or others. If used, periodic deprescribing attempts should be considered to assess ongoing need and/or the lowest effective dose. Corticosteroids: if needed, use the lowest possible dose for the shortest duration and monitor for delirium. Opioids: emerging data highlights an association between opioid administration and delirium. For older adults with pain, use a balanced approach, including the use of validated pain assessment tools and multimodal strategies that include nondrug approaches to minimize opioid use.	Avoid, except in situations listed under the rationale statement.	H2-receptor antagonists: Low All others: Moderate	Strong

Fonte: American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2023;71:2052–81. doi:10.1111/jgs.18372.