

DELIRIUM PEDIÁTRICO

UMA ABORDAGEM PRÁTICA

Jan N. M. Schieveld, Erwin Ista, Hennie Knoester & Marja L. Molag

Edição em Português

Editores: Flávio Dias Silva e Fellipe Matos Melo Campos

Tradutores: Elisa Gonçalves da Cunha, Mariane Bagatin Bermudez e

Thiago Vinicius de Lima Santistevan



Criança com *Delirium*.
Mark Janssen, com permissão.

Jan NM Schieveld MD, PhD
Consultora, Neuropsiquiatria
Pediátrica, Divisão de
Psiquiatria e Neuropsicologia,
Departamento de Psiquiatria
da Infância e Adolescência,
Maastricht University Medical
Centre+, Maastricht,
Mutsaersstichting, Venlo;
Koraal Groep, Sittard, Holanda
Conflito de Interesses: Nenhum
declarado

Erwin Ista RN, PhD
Enfermeira cientista, Unidade
de Terapia Intensiva, Erasmus
Medical Center, Sophia
Children's Hospital, Rotterdam,
Holanda
Conflito de Interesses: Nenhum
declarado

Hennie Knoester MD, PhD
Intensivista Pediátrica, Emma
Children's Hospital, Academic
Medical Centre, University of
Amsterdam, Amsterdam,
Holanda
Conflito de Interesses: Nenhum
declarado

Esta publicação é direcionada para o treinamento ou prática de profissionais na área da saúde mental e não para a população em geral. As opiniões expressadas refletem a visão dos autores e não necessariamente representam a visão dos editores ou da IACAPAP. Esta publicação tem como objetivo descrever os melhores tratamentos e práticas baseados nas evidências científicas disponíveis no momento em que foram escritas pelos autores e podem mudar com os resultados de novas pesquisas. Os leitores devem aplicar este conhecimento nos pacientes de acordo com as diretrizes e as leis de cada país. Algumas medicações podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar as informações específicas de cada medicamento, visto que nem todas as posologias e efeitos colaterais são mencionados ao longo do texto. Publicações, organizações e sites são citados ou seus *links* fornecidos para ilustrar problemas ou fontes de informações adicionais. Isso não significa que os autores, editores ou o IACAPAP ratifiquem o conteúdo ou as recomendações, as quais devem ser avaliadas criticamente pelo leitor. Websites podem mudar ou deixar de existir.

©IACAPAP 2019. Esta é uma publicação de acesso aberto regida pela [Creative Commons Attribution Non-commercial License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). O uso, distribuição e reprodução em qualquer forma são permitidos sem permissão prévia contanto que o conteúdo original seja citado adequadamente e o uso seja não comercial.

Citação Sugerida: Schieveld JNM, Ista E, Knoester H, Molag ML. Pediatric Delirium: a practical approach. In Rey JM, Martin A (eds), *JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2019.

Muitos nomes foram usados por diferentes especialidades para descrever a entidade clínica do *delirium*, tais como “estado confusional agudo”, “psicose tóxica”, “psicose na UTI”, “síndrome psico-orgânica”, “encefalopatia” etc.

O *delirium* pediátrico foi descrito pela primeira vez no livro *Child Psychiatry*, de 1923 por Leo Kanner, no capítulo “Infecções cerebrais transitórias”. “Crianças tornam-se delirantes com tanta frequência e rapidez que isso não é de nosso interesse”, escreveu Bleuler (1955), em seu *Lehrbuch der Psychiatrie*. Depois de um longo período em que o *delirium* pediátrico foi ignorado nos livros didáticos, o tópico foi abordado na edição de 1991 do livro de Lewis, *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. No DSM-IV, a seção dedicada a crianças e adolescentes não tem uma única menção ao *delirium* pediátrico, mas há alguma menção na seção dedicada ao *delirium* em adultos. O *delirium* pediátrico não é descrito no DSM-5. Entretanto, nos últimos anos, tem havido uma crescente conscientização da importância clínica do *delirium* pediátrico, consistente com o aumento do número de publicações sobre o tema (Kudchadkar et al, 2014; Schievelde & Janssen, 2014; Schievelde et al, 2014), e as preocupações têm sido expressas sobre suas implicações clínicas, falta de evidências sistemáticas e falta de diretrizes de tratamento (Schievelde & Janssen, 2014; Schievelde et al, 2014).

DEFINIÇÃO

O *delirium*, do latim *de-lira* (fora do trilho), é um distúrbio neurocognitivo oriundo de uma doença somática ou de seu tratamento. O cérebro pode reagir a doenças, particularmente às mais críticas, com várias respostas, sendo as mais importantes *sickness behavior* (comportamento de doença, ou comportamento doente), febre, epilepsia, catatonia, *delirium*, agitação refratária e coma.

Por *doença crítica* entende-se uma falência de órgãos como o cérebro, coração ou outros órgãos principais, com ameaça à vida. O *sickness behavior* é o padrão comportamental apresentado pelos seres humanos - e outras espécies de mamíferos - em resposta a infecções, traumatismos, doenças oncológicas e seu tratamento. Este comportamento é caracterizado pela perda de interesses e apetite, irritabilidade emocional, fadiga, e aumento da necessidade de sono.

De acordo com o DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2013), as características essenciais do *delirium* são:

- Uma perturbação da atenção ou consciência
- Esta perturbação é acompanhada por alterações na cognição que não podem ser melhor explicadas por outro transtorno neurocognitivo pré-existente (por exemplo, retardo mental, demência)
- A condição se desenvolve em um curto período de tempo, horas ou dias, e frequentemente flutua durante o dia, tipicamente piorando à noite (crepúsculo); e
- Há indícios na história do paciente, exame físico ou resultados laboratoriais de que essa perturbação é provavelmente consequência de uma condição médica ou seu tratamento.

A definição de *delirium* do DSM-5 tem sido criticada por causa da exigência de se excluir o coma sem especificar como isso deve ser feito.

Marja L Molag MSc, PhD
Conselheira, Kennisinstituut van Medisch Specialisten, Utrecht, Holanda
Conflito de Interesses: nenhum declarado

AGRADECIMENTOS

Nós gratamente reconhecemos os demais membros do Dutch study group Multidisciplinaire Richtlijn Pediatrisch Delier 2014 (Multidisciplinary Guidelines Pediatric Delirium 2014): ER de Graeff-Meeder, LJ Kalverdiijk, JAM Gerver, M de Neef, M de Hoog, E Koomen, CE Catsman Berrevoets, MA Witten, e H Rippen. ME Wessels do Kennisinstituut van Medisch Specialisten (Knowledge Institute of Medical Specialists): Kirsten Venrooij, Petra Wiegel, Jolien Nivelte, Nico Roozendaal do Maastricht University Medical Centre+; e Noortje Sax e Marlies de Feiter da Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Dutch Society for Psychiatry). Também agradecemos a Mark Janssen e Roel Seidell por nos permitirem reproduzir suas ilustrações, inicialmente publicadas em De Limburger, Fevereiro/2008, e K&Z magazine, Dezembro/ 2014, respectivamente.

Delirium é uma falha aguda do cérebro no homem

- Lipowski, 1980

- Você tem alguma dúvida?
- Comentários?

Clique aqui para ir à página do Facebook do livro para compartilhar a sua visão sobre o capítulo com outros leitores, perguntar aos aurores ou editores e fazer comentários.

A consciência tem dois aspectos simultâneos:

- Nível de consciência, que vai da lucidez à sonolência, estupor e coma; e
- Conteúdo do pensamento, desde o raciocínio lógico correspondente à idade e nível educacional, até a algum transtorno do pensamento

Sem um nível adequado de lucidez, o pensamento não é possível; isto é, a lucidez é necessária para pensar. O estado de lucidez permite que os processos mentais e a capacidade de se concentrar, sustentar e desviar a atenção ocorram. Nos transtornos mentais orgânicos, *a atenção é a primeira a se perder e a última a ser recuperada.*

A CID-10 ([Organização Mundial da Saúde, 2015](#)) define o *delirium* como uma síndrome cerebral orgânica etiologicamente inespecífica, caracterizada por perturbações simultâneas da consciência e atenção, percepção, pensamento, memória, comportamento psicomotor, emoção e ciclo de sono-vigília. A duração é variável e o grau de gravidade varia de leve a muito grave.

EPIDEMIOLOGIA

O *delirium* tem alta prevalência; afeta 10% a 30% dos pacientes do hospital geral e até 80% nas unidades terciárias de terapia intensiva (UTIs). O *delirium* em adultos e idosos está fortemente associado ao aumento do tempo de internação, morbidade e mortalidade. Nos idosos, está associado a um declínio cognitivo mais rápido, perda de independência e aumento da mortalidade no ano seguinte à alta hospitalar. O *delirium* é o mais importante preditor da proximidade da morte em pacientes com idade avançada e em pacientes oncológicos, jovens ou idosos (*delirium* terminal). A prevalência relatada de *delirium* em crianças gravemente doentes varia de 20% a 30%. As taxas dependem da idade (mais comum em crianças mais jovens), gravidade da doença, número de medicamentos, ferramentas de diagnóstico utilizadas e grupo em estudo (por exemplo, pacientes pediátricos na UTI, enfermagem geral). O retardo mental e um episódio anterior de *delirium* também são fatores de risco conhecidos.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

De acordo com a gravidade, o *delirium* pediátrico pode ser benigno e não benigno. Existem dois tipos de *delirium* pediátrico benigno: *delirium* pós-anestésico, e *delirium* comum, visto na prática geral.

O *delirium* pós-anestésico, também conhecido como agitação pós-operatória, é um fenômeno bem documentado que ocorre em crianças e adultos no pós-operatório imediato, após a retirada das drogas anestésicas. Frequentemente ocorre em uma criança saudável, mesmo após uma pequena cirurgia ou um procedimento de diagnóstico. Clinicamente, preenche todos os critérios para *delirium* pediátrico, mas tem um curso benigno e geralmente se resolve completamente - a maioria sem qualquer intervenção - em 30 a 45 minutos.

O *delirium* pediátrico da prática geral, frequentemente ocorre no contexto de uma infecção (*delirium* febril). É caracterizado por confusão, que pode ser intensa, com fase ascendente e descendente, piorando ao final de tarde e à noite, geralmente coincidindo com um aumento da febre, em uma criança doente. Embora possa ser dramático, na maioria das vezes a infecção subjacente se resolve dentro de dois ou três dias e o mesmo acontece com o *delirium*. Nos casos de persistência do *delirium*, é indicada uma avaliação médica de emergência.

*The brain is wider than
the sky
For put them side by
side
The one the other will
include
With ease - and you
beside.*

- Emily Dickinson
(1830 – 1886)



Paul Eugen Bleuler (1857-1939) foi um psiquiatra suíço conhecido pela contribuição para o entendimento das doenças mentais. Ele cunhou o termo "esquizofrenia". Bleuler considerava que o *delirium* na pediatria não era importante pois as crianças frequentemente e com mais facilidade se se apresentavam delirantes. As opiniões se modificaram desde então.

Vinheta de caso clínico 01

Um menino de 6 anos foi internado UTI pediátrica com insuficiência respiratória devido a uma crise de asma. Apesar do tratamento da asma, o quadro se deteriorou e precisou ser intubado para ventilação mecânica com altas doses de sedativos e relaxantes musculares por algumas horas devido aos altos parâmetros ventilatórios. Antes da intubação, ele disse que ele estava com medo de morrer devido à dificuldade para respirar.

Após dois dias, a crise de asma apresentou melhora clínica e ele foi extubado. No terceiro dia de admissão, ele iniciou quadro de confusão, ansiedade grave e alucinações de objetos voadores e monstros. Ele se tornou agressivo verbalmente (utilizando termos que os pais não acreditavam que ele tinha conhecimento). Além disso, os pais não reconheceram o comportamento como sendo algo habitual. O menino então foi diagnosticado com *delirium* e iniciou tratamento com lorazepam - devido a ansiedade grave - e haloperidol intravenoso.

O quadro de *delirium* apresentou melhora após 24 horas do início do tratamento, com normalização do comportamento e o menino afirmou aos pais que estava se sentindo bem novamente. Está em uma apresentação típica de *delirium* pediátrico *hiperativo*.

Vinheta de caso clínico 02

Um menino de 4 anos foi admitido na UTI pediátrica com quadro clínico de epiglotite, sendo necessário ventilação mecânica por três dias. O garoto estava muito agitado durante o período de ventilação, resistindo ao ventilador e com extrema inquietação, sendo sedado com midazolam, quetamina e morfina. Após 48 horas ele apresentou melhora clínica, não necessitando do auxílio da ventilação mecânica. No terceiro dia ele foi extubado e os sedativos foram retirados progressivamente.

No quarto dia, já estava agendada a transferência para o hospital de referência porém, no período da tarde, 2 horas antes da transferência, o garoto subitamente iniciou quadro de agitação e ansiedade. Apesar de os pais estarem presentes, ele não fazia contato visual com eles ou com as enfermeiras. Logo em seguida, ele não demonstrava estar ciente do meio ao redor (por exemplo, da presença dos pais), e aparentava estar "vivendo no próprio mundo". Ele pontuou sete pontos no SOS-PD (um escore de 4 ou mais é consistente com *delirium* pediátrico). Um psiquiatra infantil foi consultado e concluiu que a criança desenvolveu um quadro de *delirium* e orientou iniciar tratamento com risperidona. Doze horas depois do início do tratamento o comportamento normalizou e o menino pode ser finalmente transferido de hospital. Este é um acaso de um *delirium* pediátrico do tipo *combinado* (inicialmente hiperativo e depois hipoativo).

Vinheta de caso clínico 03

Uma menina de 3 anos foi admitida para cirurgia traqueal. Após a cirurgia, ele recebeu ventilação mecânica durante 6 dias, utilizando midazolam, quetamina, dexmedetomidina, levomepromazina e morfina em várias combinações. Ela também utilizou dexametasona. Para realizar a extubação, a sedação foi reduzida gradativamente exceto pela morfina, a qual foi substituída pela metadona. No dia seguinte à extubação, ela subitamente iniciou um quadro de agitação, desorientação e incapacidade de focar a atenção; ainda na mesma noite, ela passou a apresentar apatia e ficou irresponsiva. Ela aparentava olhar através de nós, com um olhar vazio e sem fazer contato visual. Ela fez 21 pontos no CAP-D (uma pontuação acima de 10 é consistente com *delirium* pediátrico) com alta pontuação principalmente nos critérios para hipoatividade. Os pais afirmaram "Nós não reconhecemos mais a nossa filha". Este é um típico caso de *delirium* pediátrico *hipoativo*.



Zbigniew J Lipowski (1924-1997) foi um neuropsiquiatra de origem polonesa e canadense, o qual escreveu vários livros e artigos de consultoria psiquiátrica, *delirium* e doenças psicossomáticas. Lipowski tinha um longo interesse e conhecimento sobre a relação entre psiquiatria e neurologia, em particular em relação ao *delirium*. O trabalho dele gerou na publicação da influente monografia em 1980 "*Delirium: Estados Confusionais Agudos*".

O *delirium* também pode ser *hiperativo* (as crianças ficam agitadas, irritadas e se debatem), *hipoativo* (parecem apáticas, desinteressadas) e *misto* (veja exemplos de casos clínicos).

No geral, existem mais semelhanças do que diferenças entre crianças, adultos e idosos:

- Em geral, crianças gravemente doentes com *delirium* têm maior resiliência (e melhor prognóstico) que adultos. Isto é provavelmente devido a uma melhor vascularização de seus cérebros, corações, pulmões, etc, além de não terem comorbidades ou polifarmácia.
- Os efeitos neurocognitivos negativos do *delirium* em adultos e idosos são bem conhecidos, mas ainda não se sabe se isso também ocorre nas crianças.

ETIOLOGIA

Evidências crescentes sugerem que existe uma associação positiva entre a gravidade da doença e o *delirium* pediátrico, ou seja, a gravidade da doença é um importante fator de risco para o *delirium* - a causa mais comum de *delirium* grave é uma doença crítica. Dependendo das instalações locais, os locais mais frequentes para se encontrar *delirium* pediátrico são hospitais ou UTIs pediátricas. O diagnóstico diferencial das condições que potencialmente levam ao quadro é resumido pela sigla “I WATCH DEATH” (Wise et al., 1987; ver Tabela I.5.1).

Tabela I.5.1 Possíveis causas de *delirium*, resumidas no acrônimo “I WATCH DEATH”*

I	Infecções (<i>Infections</i>)	Encefalite, meningite, infecção do trato urinário, pneumonia...
W	Abstinência (<i>Withdrawal</i>)	Álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos...
A	Quadro metabólico agudo (<i>Acute Metabolic</i>)	Desequilíbrio eletrolítico, insuficiência renal ou hepática aguda...
T	Trauma	Traumatismo cranioencefálico, pós cirurgia cerebral...
C	Patologia no Sistema Nervoso Central (<i>CNS pathology</i>)	Acidente vascular encefálico, tumor, convulsão...
H	Hipóxia (<i>Hypoxia</i>)	Anemia, insuficiência cardíaca, tromboembolismo pulmonar...
D	Deficiências (<i>Deficiencies</i>)	Vitamina B12, ácido fólico, tiamina...
E	Endocrinopatias (<i>Endocrinopathies</i>)	Tireóide, glicose, paratireoide, adrenal...
A	Evento vascular agudo (<i>Acute Vascular</i>)	Choque, vasculite, encefalopatia hipertensiva
T	Quadros tóxicos ou drogas (<i>Toxic or Drugs</i>)	Toxinas, intoxicações, medicações (álcool, anestésicos, anticolinérgicos, narcóticos, etc.)
H	Metais pesados (<i>Heavy metals</i>)	Arsênio, chumbo, mercúrio...

*Wise et al, 1987.

O diagnóstico diferencial do *delirium hipoativo*, dada a sua alta prevalência e resposta frequentemente insatisfatória ao tratamento, merece atenção especial:

- No contexto de retirada de medicação (muito rápida)
- Quando há uma intoxicação subjacente com psicotrópicos ou uma síndrome induzida por neurolépticos devido à sensibilidade aos antipsicóticos
- A possibilidade de estado de *status epilepticus* não-convulsivo, transtorno depressivo maior e inibição catatônica deve ser excluída.

Um EEG pode ser útil nesses casos, embora frequentemente ocorra uma mistura de sinais e possíveis explicações conflitantes ou concomitantes.

DIAGNÓSTICO

De acordo com a literatura, o *delirium* é subdiagnosticado, especialmente em crianças menores e criticamente doentes (Schieveld & Janssen, 2014; Schieveld et al, 2009). Uma possível explicação é o fato de que enfermeiros e médicos não procuram especificamente os sintomas do *delirium* e é difícil avaliar os sintomas em pacientes pré-verbais. Vários sintomas de *delirium* se sobrepõem àqueles observados em outras condições, como dor, angústia e abstinência de opióides ou benzodiazepínicos (Ista et al,

2007). Existem importantes razões clínicas para avaliar o *delirium* pediátrico e levá-lo a sério (Schieveld & Janssen, 2014):

- O *delirium* é uma *insuficiência cerebral aguda* e as consequências de tal insuficiência podem ser graves
- O estresse neurometabólico do *delirium* provavelmente tem um impacto negativo no desfecho e na recuperação de uma doença crítica
- Um *delirium* hiperativo é acompanhado por vários riscos, como a retirada de catéteres intravenosos, auto-extubação, sair ou cair da cama, etc.
- É estressante para o paciente, que pode experimentar alucinações aterrorizantes ou delírios (às vezes sem amnésia) que podem levar a um transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e
- Também pode ser muito estressante para a família da criança e para a equipe clínica (até 25% dos pais de crianças que estiveram em uma UTI pediátrica podem desenvolver TEPT) (Colville & Pierce, 2012).

A ocorrência aguda de uma perturbação da cognição, emoções, consciência ou distúrbio comportamental em uma criança gravemente doente deve levantar a suspeita de *delirium* pediátrico e a necessidade de consultar um psiquiatra infantil, se disponível. Enfermeiros e médicos podem achar difícil avaliar sintomas de *delirium*, incluindo alterações cognitivas, especialmente em crianças pré-verbais, criticamente doentes e ventiladas mecanicamente. Nessas crianças, outros aspectos, como características comportamentais e interações não verbais entre pais e filhos, devem ser considerados.

Uma das questões mais desafiadoras é como diagnosticar com precisão o *delirium* pediátrico em crianças gravemente doentes. Em adultos, ferramentas que dependem de parâmetros neurocognitivos podem ser usadas. No entanto, como a maioria dos pacientes pediátricos gravemente doentes tem menos de três anos de idade ou podem ter déficits intelectuais, é necessário confiar nos sintomas comportamentais. Em princípio, não há limite inferior para a idade em que o *delirium* pode ocorrer; os casos mais jovens descritos foram em crianças de 3 meses (Schieveld, 2008; Silver et al, 2012; Turkel & Tavare, 2003). Nos últimos anos, foram tomadas medidas para desenvolver ferramentas de triagem observacionais - variações sobre o tema do comentário dos pais de que “este de AGORA não é meu filho!”

Os sintomas precoces mais frequentemente descritos são sutis: cognição (por exemplo, não se lembram do que acabaram de ouvir, são incapazes de se concentrar, não sabem onde estão), sensopercepção (por exemplo, alucinações visuais), pensamentos (por exemplo, delírios), linguagem, humor e afeto (por exemplo, podem estar amedrontados, irritáveis) e psicomotricidade (por exemplo, inquieto, agitado, incapaz de ficar parado). Responder às seguintes questões (com base no CAP-D; Silver et al, 2012) pode ser útil para aumentar a possibilidade de detecção do *delirium*:

- A criança faz contato visual com os pais?
- As ações da criança são propositais?
- A criança está ciente de seu ambiente?
- A criança comunica necessidades e desejos?
- A criança está inquieta?
- A criança está inconsolável?

- A criança está com pouca atividade (se move muito pouco enquanto está acordada)?
- A criança leva muito tempo para responder às interações?

O diagnóstico de *delirium* em crianças maiores de 5 anos com desenvolvimento normal é baseado nos critérios do DSM-5 ou CID-10. Diagnosticar com precisão o *delirium* pediátrico requer o uso de uma ferramenta de uso no leito que seja confiável, válida e clinicamente adequada, que sirva tanto para triagem quanto para guiar o tratamento, como as escalas *Pediatric Anesthesia Emergence Delirium Scale* (PAED; Sikich & Lerman, 2004); *Pediatric Confusion Assessment Method for ICU* (pCAM-ICU; Smith et al, 2011); o instrumento *Cornell Assessment Pediatric Delirium tool* (CAP-D; Silver et al, 2012; Traube et al, 2013); e a escala *Sophia Observation Withdrawal Symptoms- Pediatric Delirium Scale* (SOS-PD; van Dijk et al., 2012, Ista et al, 2014).



Criança com *delirium* pediátrico.
Roel Siedell, com permissão.

Nenhuma ferramenta se destaca; portanto, a escolha é uma questão de contexto e preferência pessoal. As características das escalas de avaliação melhor estudadas estão resumidas na Tabela I.5.2.

Deve-se enfatizar, entretanto, que o diagnóstico e o tratamento corretos para o *delirium* pediátrico não podem ser feitos meramente com base em escores de uma ferramenta de rastreamento observacional. Também é necessário avaliar todas as outras possíveis explicações diagnósticas de um transtorno emocional ou comportamental súbito em uma criança gravemente doente (conforme listado na Tabela I.5.1). Após uma pontuação positiva em uma escala de classificação de *delirium* pediátrico e antes de iniciar o tratamento, deve-se responder a três perguntas para excluir outras explicações para um escore positivo de *delirium* (por exemplo, conforme descrito por Esseveld et al, 2013). Somente após uma resposta negativa a essas perguntas, um diagnóstico de *delirium* seria confirmado e o paciente seria tratado de acordo. Essas perguntas são:

- Os sintomas são a manifestação de uma complicação somática que se instala (por exemplo, pneumonia)?
- Houve uma mudança de medicação?
- Existe desconforto físico (bexiga cheia, intestino grosso, distensão do estômago, fome, sede, prurido, catéteres, etc.)?

Tabela I.5.2 Características de ferramentas validadas para a avaliação de delirium em crianças com criticamente enfermas.

	PAED	pCAM-ICU	CAP-D	SOS-PD
Faixa Etária	1 – 17 anos	>5 anos	0 – 21 anos	0 – 16 anos
Variáveis avaliadas	<ul style="list-style-type: none"> • Contato visual com o cuidador • Ações com propósito • Alerta ao ambiente (vigilância) • Inquietação • Estar inconsolável 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Mudança aguda ou flutuação do status mental 2 Desatenção 3 Nível alterado de consciência 4 Pensamento desorganizado 	<ul style="list-style-type: none"> • Contato visual com o cuidador • Ações com propósito • Alerta ao ambiente (vigilância) • Habilidade para comunicar necessidades • Inquietação • Estar inconsolável • Hipoatividade • Resposta à interação 	<ul style="list-style-type: none"> • Inquietação, ansiedade, contato visual, fazer caretas • Atenção prejudicada • Discurso/linguagem • Tremor • Tônus muscular • Ações propositadas • Insônia • Alucinações • Desorientação • Sudorese • Flutuação/mudanças agudas
Intervalo de pontuação (ponto de corte)	0 – 25 (10)	<i>Delirium</i> * se 1, 2 e 3 ou 4 presentes	0 – 40 (9)	0 – 15 (4)
Dados de confiabilidade	+	+	+	+ / -
Formas de validação estabelecidas	Critérios	Critérios	Critérios	Clínica (piloto de critérios)
Sensibilidade	91%	83%	94%	91%
Especificidade	98%	99%	79%	97%
Utilidade clínica	Viabilidade e utilidades estabelecidas ao leito	Viabilidade	Utilidade estabelecida ao leito	Viabilidade

PAED: Pediatric Anesthesia Emergence Delirium scale (Janssen et al, 2011).

pCAM-ICU: Pediatric Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit (Smith et al, 2011).

CAP-D: Cornell Assessment of Pediatric Delirium (Silver et al, 2012; Traube et al, 2013);

SOS-PD: Sophia Observation withdrawal Symptoms-Pediatric Delirium scale (van Dijk et al, 2012; Ista et al, 2014).

*Sem intervalo de pontuação.

TRATAMENTO

Intervenções não-farmacológicas

Minimizando fatores de risco

Muitos fatores de risco para o *delirium* foram identificados. Eles podem ser classificados como relacionados ao paciente, iatrogênicos e ambientais (por exemplo, hospital, enfermaria, UTI pediátrica). As condições pelas quais as crianças são admitidas na UTI que costumam predispô-las ao *delirium* são, por exemplo, infecções, distúrbios metabólicos, hipertensão, dor e abstinência de medicamentos. Os fatores iatrogênicos que contribuem para o *delirium* em pacientes em cuidados intensivos incluem ventilação mecânica, distúrbios do sono, catéteres e acessos intravenosos.

Minimizar esses fatores é uma abordagem lógica e importante na prevenção do início do *delirium* em crianças. As intervenções não farmacológicas têm se mostrado benéficas (Tabet & Howard, 2009). Por exemplo, uma redução de 40% na incidência de *delirium* em adultos foi alcançada através de uma abordagem multidisciplinar, que incluiu reorientação repetida, mobilização precoce, redução de ruído e um manejo não farmacológico do sono (Marcantonio et al, 2001). Em adultos, a eficácia das intervenções preventivas, como mobilização precoce, protetores auriculares e permanência em uma única sala, está bem estabelecida (Colombo et al, 2012; van Rompaey et al., 2012; Zaal et al, 2013).

Esses achados podem ser extrapolados para crianças? Há evidências limitadas de que esta é a solução. No entanto, o senso comum sugere que essas intervenções (por exemplo, promover orientação, reestabelecer ritmo dia-noite e evitar superestimulação por



Clique na imagem (e selecione "Multidisciplinaire Richtlijn pediatrisch delier") para acessar a diretriz alemã para *delirium* pediátrico (em alemão).

Tabela I.5.3 Intervenções não farmacológicas para *delirium* em crianças*

• Presença constante dos pais e estimulação branda dos cinco sentidos.
• Uma luz branda noturna, rotina de iluminação noturna e diurna.
• Vozes / sons / músicas ou odores familiares.
• Brinquedos, objetivos, mantas e fotografias familiares no leito.
• Psicoeducação da equipe (com objetivo de fornecer tranquilidade e melhorar a orientação).
• Informações fornecidas ao pais sobre <i>delirium</i> (em folhetos, por exemplo)
• Otimização da estimulação do nível do sensorio (se for um <i>delirium</i> hiperativo, mudar para um quarto silencioso. Se for um <i>delirium</i> hipoativo, aumentar a interação social).
• Se possível, descontinuação dos medicamentos que acentuem o <i>delirium</i> .
• Mobilização precoce.

*Hatherill et al, 2010; Schieveld et al, 2007.

O papel dos pais

Além do envolvimento no cuidado diário da criança hospitalizada, os pais podem ter um papel importante na prevenção, detecção e tratamento do *delirium*. Um modelo que reconheça e respeite a singularidade de cada família e os incentive e encoraje a fazer parcerias com a equipe de saúde é útil. As opiniões são aceitas, os valores são respeitados e os membros da família são vistos como elementos-chave nos cuidados de saúde da criança. Com essa parceria, busca-se criar um ambiente calmo para a criança, a fim de prevenir ou reduzir a intensidade do início do *delirium* e otimizar as chances de recuperação.

Os sintomas associados ao *delirium*, como delírios ou alucinações, podem ser uma grande surpresa, algo que a família nunca observou acontecer antes, e pode ser muito assustador tanto para a criança quanto para os pais. Isso pode levar os pais a não reconhecerem o comportamento de seus filhos, ficarem com medo de que danos neurológicos tenham ocorrido ou que seus filhos faleçam (Schieveld et al, 2007). Não saber lidar com esses comportamentos no filho torna os pais inseguros e ansiosos; isso, por sua vez, pode influenciar a criança, fazendo com que o *delirium* se agrave. O estímulo não excessivo de todos os cinco sentidos da criança com *delirium* é defendido. A presença constante de um dos pais durante a hospitalização, ouvir as vozes dos pais, fotografias visíveis dos pais ou de outros familiares e brinquedos favoritos diminui a gravidade do *delirium* (Kim et al, 2010; Hatherill et al, 2010; Schieveld). et al, 2007). Portanto, é essencial que os pais e familiares sejam amplamente informados sobre todos os aspectos



É igualmente importante reconhecer que uma criança gravemente doente é um grande ônus para os pais, pois pode deixá-los cansados e levar a discussões entre eles e a equipe multidisciplinar, afetando o relacionamento parental, sua relação com a equipe de saúde, o cuidado com os outros filhos e a negligência do trabalho. Essas questões devem ser abordadas dentro da equipe multidisciplinar de mente e coração abertos. Um folheto informativo pode ajudar. Um exemplo é apresentado no Apêndice.

Unidades de Terapia Intensiva são locais assustadores.

Foto: Dayton Children's

Prevenção farmacológica

A prevenção de *delirium* pediátrico por meios farmacológicos não é recomendada em crianças, embora às vezes seja recomendada em adultos, especialmente em pacientes que já tenham experimentado *delirium* anteriormente. Não há estudos sobre a prevenção farmacológica do *delirium* em crianças, embora existam estudos sobre a prevenção do *delirium* pós-anestésico em crianças. Estes estudos são muito variáveis em qualidade e não podem ser tiradas conclusões firmes para a prevenção do *delirium* pediátrico.

Tratamento farmacológico

Delirium hiperativo

O tratamento farmacológico pode ser considerado para reduzir sintomas como ansiedade, agitação, alucinações e distúrbios do sono. A farmacocinética em crianças é diferente dos adultos. Antes de iniciar o tratamento farmacológico, o risco de efeitos colaterais, as interações com outros medicamentos e a via de administração devem ser considerados e ponderados em relação aos potenciais benefícios do tratamento.

Os mesmos antipsicóticos (antipsicóticos típicos, como o haloperidol e os antipsicóticos atípicos, como a risperidona) são usados em crianças e adultos. Benzodiazepínicos e clonidina são usados no tratamento do *delirium* por abstinência de benzodiazepínicos; clonidina e metadona são usadas no tratamento do *delirium* devido à abstinência de opiáceos.

Os estudos sobre o tratamento farmacológico do *delirium* pediátrico são escassos e apresentam falhas metodológicas: um pequeno número de pacientes com grandes diferenças de idade e doenças físicas, intervenções ou desfechos pouco descritos e os estudos geralmente não têm grupo controle. Portanto, as recomendações são baseadas em consenso e não em evidências. No entanto, há sugestões de que o haloperidol e a risperidona

Tabela I.5.4 Doses recomendadas do haloperidol intravenoso para o *delirium* hiperativo pediátrico.

Idade (anos)	Peso (Kg)	Dose máxima de ataque (EV)	Dose de manutenção (EV)	Dose máxima (EV)
0 – 1	3,5 – 10	• 0.05mg em 30 minutos	• A dose não é bem conhecida • 0.01 – 0.05mg/kg/dia, dividida em 2 a 4 tomadas diárias	• Desconhecida
1 – 3	10 – 15	• 0.15mg em 30 minutos	• 0.025mg/kg/dia, dividida em 2 a 4 tomadas diárias	• Desconhecida
3 – 18	> 15 kg	• 0.3 – 0.5mg em 30 minutos	• 0.05mg/kg/dia, dividida em 2 a 4 tomadas diárias	• Desconhecida em crianças menores de 16 anos • Em maiores de 16 anos: 5mg/dia, dividida em 2 a 4 tomadas diárias

O haloperidol é principalmente administrado por via intravenosa; a risperidona está disponível apenas por via oral. Em ambiente de UTI pediátrica, a via IV é preferível, pois é mais rápida e fácil de controlar. A administração oral de haloperidol ou risperidona também é aceitável. A dosagem varia nos diferentes estudos. As dosagens recomendadas estão resumidas nas Tabelas I.5.4 e I.5.5. Os benzodiazepínicos geralmente não são recomendados devido a seus potenciais efeitos delirio-gênicos em adultos e idosos.

Tabela I.5.5 Doses recomendadas de haloperidol e risperidona via oral (VO) para delirium hiperativo pediátrico. As doses orais de haloperidol e risperidona são as mesmas.

Peso (Kg)	Dose de ataque (mg) VO	Dose de manutenção (mg) VO	Dose máxima (mg) VO
< 45kg	<ul style="list-style-type: none"> 0.02mg/kg 	<ul style="list-style-type: none"> 0.01 – 0.08mg/kg/dia, dividida em 2 a 4 tomadas diárias 	<ul style="list-style-type: none"> 4mg/dia, dividida em 2 a 4 tomadas
> 45kg	<ul style="list-style-type: none"> 0.5 – 1mg Máximo de 2mg/dia, dividida em 2 a 4 tomadas diárias 	<ul style="list-style-type: none"> 0.01 – 0.08mg/kg/dia, dividida em 2 a 4 tomadas diárias 	<ul style="list-style-type: none"> 6mg/dia, dividida em 2 a 4 tomadas Dosagens >6mg não foram estudadas

A maioria dos especialistas recomenda iniciar o tratamento farmacológico do delirium pediátrico quando, apesar das intervenções não farmacológicas, a criança apresenta extrema agitação ou ansiedade, alucinações ou delírios, especialmente quando isso causa desconforto, estresse ou perigo para a criança (por exemplo, perda de catéteres ou tubos endotraqueais), quando o delirium causa estresse extremo nos pais ou quando interfere seriamente no cuidado de outros pacientes na UTI ou na enfermaria. Quando a criança está confortável, é mais fácil para os pais cuidarem de seus filhos. Alguns estudos indicam que os pacientes que são tratados farmacologicamente podem ser desmamados mais cedo do ventilador do que os pacientes que não são tratados.

Os efeitos adversos são sintomas extrapiramidais, como distonia, crise oculogírica, acatisia e hiperpirexia. Os sintomas extrapiramidais são observados com frequência, particularmente se os antipsicóticos forem aumentados rapidamente. *Start low and go slow* é um princípio importante. Pode levar de 24 a 48 horas até que uma resposta adequada seja alcançada. Para cobrir este período de tempo de agitação em curso, foi descrita a adição de levomepromazina a curto prazo (também conhecida como metotrimeprazina) (com uma dosagem inicial de 1 a 3 mg / IV lentamente em 30 minutos e depois titulando de acordo com a resposta clínica) até uma dosagem máxima de 1mg / kg / IV em 24 horas).

Reconhecer e tratar os efeitos adversos é importante. O tratamento consiste em reduzir a dose de antipsicótico e administrar um anticolinérgico como o biperideno (50 microgramas / kg / IV em 15 minutos). Em pacientes adultos, o alongamento do intervalo QTc foi relatado com a possibilidade de *Torsades de Pointes*. Isso não foi relatado em crianças. Especialistas, no entanto, recomendam, antes de iniciar o tratamento com haloperidol, a realização de um ECG quando a criança tem outros fatores de risco para aumento do intervalo QTc (por exemplo, anormalidades eletrolíticas, outros medicamentos que podem prolongar o intervalo QTc ou medicações que influenciam o metabolismo do CYP2D6 ou CYP3A4).

Mais efeitos adversos foram relatados para o haloperidol do que para a risperidona. Portanto, a risperidona é o tratamento de escolha quando os sintomas não são extremos e a administração oral é possível. Quando nenhum benefício é obtido com um deles, uma mudança para outro deve ser considerada.

O consenso é que uma escala de classificação de *delirium* pediátrica deve ser usada pelo menos três vezes ao dia, para marcar o *delirium* quando a medicação é iniciada e enquanto o paciente receber medicação. Não se sabe por quanto tempo o tratamento deve continuar. Os especialistas aconselham a continuar o tratamento pelo menos até que os sintomas desapareçam e até que os fatores de risco que possivelmente levaram ao delírio tenham diminuído. A medicação deve ser desmamada gradualmente, ao longo de alguns dias.

***Delirium* Hipoativo**

Não há estudos e nenhum consenso sobre o tratamento farmacológico do *delirium* pediátrico hipoativo.

SEQUELAS DO *DELIRIUM* NAS CRIANÇAS E FAMILIARES

Não existem estudos sobre as sequelas a longo prazo do *delirium* pediátrico. Os estudos publicados - sequelas de longo prazo em crianças que tiveram internação hospitalar - foram realizados em crianças nascidas prematuras internadas em unidades de terapia intensiva neonatal, crianças com câncer ou crianças internadas em uma UTI pediátrica. Os sintomas de TEPT são frequentemente relatados nessas crianças e em seus pais. Alguns estudos descrevem uma associação entre problemas psicológicos e psiquiátricos após a alta e a ocorrência de “memórias delirantes” (possivelmente um sintoma de *delirium*) sobre a permanência na UTI e procedimentos invasivos durante a admissão na UTI (Colville et al, 2008; Colville & Pierce, 2012).

Em adultos, há evidências de que alguns problemas cognitivos após a alta da UTI estão relacionados ao uso de benzodiazepínicos e *delirium*. Possíveis causas de problemas cognitivos em crianças após internação na UTI pediátrica são hipóxia, hipoperfusão, infecção e trauma. Os efeitos a longo prazo de medicamentos como benzodiazepínicos, opióides e anestésicos não foram estudados em crianças. Estudos em animais mostram que essas drogas podem ser neurotóxicas, especialmente para o cérebro em desenvolvimento.

- Você tem alguma dúvida?
- Comentários?

Clique aqui para ir à página do Facebook do livro para compartilhar a sua visão sobre o capítulo com outros leitores, perguntar aos aurores ou editores e fazer comentários.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—DSM-5*, fifth edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bleuler EP (1955). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Springer.
- Colombo R, Corona A, Praga F et al (2012). A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an interventional study. *Minerva Anestesiologica*, 78:1026-1033.
- Colville G, Pierce C (2012). Patterns of post-traumatic stress symptoms in families after paediatric intensive care. *Intensive Care Medicine*, 38:1523-1531. doi: 10.1007/s00134-012-2612-2
- Colville G, Kerry S, Pierce C (2008). Children's factual and delusional memories of intensive care. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 177:976-982 available from: PM:18244955
- Ely EW, Inouye SK, Bernard GR et al (2001). Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*, 286:2703-2710.
- Esseveld MM, Leroy PL, Leue C et al (2013). Catatonia and refractory agitation in an updated flow chart for the evaluation of emotional-behavioral disturbances in severely ill children. *Intensive Care Medicine*, 39:528-529.
- Hatherill S, Flisher AJ (2010). Delirium in children and adolescents: A systematic review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 68:337-344 available from: PM:20307700
- Hatherill S, Flisher AJ, Nassen R (2010). Delirium among children and adolescents in an urban sub-Saharan African setting. *Journal of Psychosomatic Research*, 69:187-192 available from: PM:20624518
- Ista E, de Beest H, de Hoog M et al (2014). A preliminary validation of a screening tool for pediatric delirium. *Archives of Disease in Childhood*, 99 (Sup 2):A84-A85.
- Ista E, van Dijk M, de Hoog M et al (2009). Construction of the Sophia Observation Withdrawal Symptoms Scale (SOS) for critically ill children. *Intensive Care Medicine*, 35:1075-1081.
- Ista E, van Dijk M, Gamel C et al (2007). Withdrawal Symptoms in children after long-term administration of sedatives and/or analgesics: A literature review. "Assessment remains troublesome". *Intensive Care Medicine*, 33:1396-1406.
- Janssen NJ, Tan EY, Staal M et al (2011). On the utility of diagnostic instruments for pediatric delirium in critical illness: An evaluation of the Pediatric Anesthesia Emergence Delirium Scale, the Delirium Rating Scale 88, and the Delirium Rating Scale-Revised R-98. *Intensive Care Medicine*, 37:1331-1337.
- Kanner L (1935). *Child Psychiatry*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Kim SJ, Oh YJ, Kim KJ et al (2010). The effect of recorded maternal voice on perioperative anxiety and emergence in children. *Anaesthesia and Intensive Care*, 38:1064-1069.
- Kudchadkar SR, Yaster M, Punjabi NM (2014). Sedation, sleep promotion, and delirium screening practices in the care of mechanically ventilated children: a wake-up call for the pediatric critical care community. *Critical Care Medicine*, 42:1592-1600. doi: 10.1097/CCM.0000000000000326.
- Lipowski, Z J (1980) *Delirium: Acute Brain Failure in Man*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ et al (2001). Reducing delirium after hip fracture: A randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49:516-522.
- Schieveld JN, Brouwers AG, Schieveld BR (2014). On the lack of standardized essential PICU guidelines. *Critical Care Medicine*, 42:1724-1725.
- Schieveld JN, Janssen NJ (2014). Delirium in the pediatric patient. On the growing awareness of its clinical interdisciplinary importance. *JAMA Pediatrics*, 168:595-596.
- Schieveld JN, Van Der Valk JA, Smeets I et al (2009). Diagnostic Considerations Regarding Pediatric Delirium: A Review And A Proposal For An Algorithm For Pediatric Intensive Care Units. *Intensive Care Med*, 35, 1843-9.
- Schieveld JN (2008). *On Pediatric Delirium in Critical Illness. A Clinical Multidisciplinary Study in Child Neuropsychiatry at the PICU*. PhD Thesis, Maastricht University.
- Schieveld JN, Leroy PL, Van Os J et al (2007). Pediatric delirium in critical illness: Phenomenology, clinical correlates and treatment response in 40 cases in the pediatric intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 33:1033-1040.
- Sikich N, Lerman J (2004). Development and psychometric evaluation of the pediatric anesthesia emergence delirium scale. *Anesthesiology*, 100:1138-1145.

- Iver G, Traube C, Kearney J et al (2012). Detecting pediatric delirium: development of a rapid observational assessment tool. *Intensive Care Medicine*, 38:10251031.
- Smith HA, Boyd J, Fuchs DC et al (2011). Diagnosing delirium in critically ill children: validity and reliability of the Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 39:150157.
- Tabet N, Howard R (2009). Non-pharmacological interventions in the prevention of delirium. *Age and Ageing*, 38:374379.
- Traube C, Silver G, Kearney J et al (2013). Cornell Assessment of Pediatric Delirium: A valid, rapid, observational tool for screening delirium in the PICU. *Critical Care Medicine*, 42:656-663.
- Trzepacz PT, Mittal D, Torres R et al (2001). Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98: comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 13:229-242.
- Turkel SB, Tavare CJ (2003). Delirium in children and adolescents. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15:431-435.
- van Dijk M, Knoester H, van Beusekom BS et al (2012). Screening pediatric delirium with an adapted version of the Sophia Observation Withdrawal Symptoms Scale (SOS). *Intensive Care Medicine*, 38:531-532.
- van Rompaey B, Elseviers MM, van Drom W et al (2012). The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: A randomized controlled trial in intensive care patients. *Critical Care*, 16:R73.
- Wise M (1987). Delirium. In Hales R and Yudofsky S (eds) *Textbook of Neuropsychiatry*. Washington: American Psychiatric Press, pp.89-106.
- [World Health Organization \(2015\)](#)
- Zaal IJ, Spruyt CF, Peelen LM et al (2013). Intensive care unit environment may affect the course of delirium. *Intensive Care Medicine*, 39:481-488.



Hospital Catherine Hayes em 1870.
O precursor do Hospital Sydney Children, Austrália

APÊNDICE I.5.1

INFORMAÇÕES SOBRE *DELIRIUM* PEDIÁTRICO PARA FAMILIARES, DEMAIS CUIDADORES, E EQUIPES INTERDISCIPLINARES DE MEDICINA E ENFERMAGEM*

Introdução

Sua criança foi admitida no hospital devido a um ou mais sintomas físicos, acidentes ou procedimentos, que levaram a criança a ficar seriamente doente. Você percebeu que as reações da criança não são comuns e você fica preocupado(a) com as condições da criança. A criança que você conhece está agora se comportando de forma diferente do comum, está agitada ou mais apática, além de estar difícil de fazer algum contato ou de conversar com ele(a). Esse estado de confusão se chama *delirium*. Esse folheto traz informações sobre *delirium*, suas origens e como lidar com o quadro da melhor forma.

O que é *delirium*?

Delirium é um estado confusional que aparece repentinamente quando uma criança está adoecida. Crianças com *delirium* se comportam de forma diferente do comum; elas se tornam agitadas ou apáticas e podem agir de forma estranha. O estado delirante é transitório. Quando a doença física melhora, a confusão geralmente desaparece. O estado confusional pode durar desde algumas horas ou dias, até mesmo semanas, a depender de:

- A gravidade da doença
- A idade da criança
- As condições físicas da criança

Causas

Um estado delirante pode ter várias causas. Por exemplo, a abstinência alcoólica em adultos é uma causa comum de *delirium*. Crianças que nunca

beberam álcool podem ficar delirantes por conta de uma infecção (por exemplo, otite infecciosa, pneumonia), uma cirurgia de grande porte, doenças cardiorrespiratórias, distúrbios cerebrais, etc. Confusão aguda pode ser causada também por traumatismo craniano. Suspensão abrupta de medicamentos, como analgésicos potentes, ou medicamentos usados em anestesia, ou mesmo privação de sono podem às vezes causar *delirium*.

Crianças com confusão aguda ou *delirium* podem apresentar alguns dos sintomas a seguir:

- Agitação ou apatia
- Não estarem focadas como o usual, como se não notassem as coisas ao redor, e não reconhecessem onde estavam. Estabelecer um bom contato visual pode ser mais difícil nessas circunstâncias
- Elas podem não lembrar de coisas que lhes acabaram de ser ditas e podem não estar cientes da sua falta de memória
- Uma vez que algumas vezes elas não reconhecem o ambiente ao redor, as reações podem ser bem diferentes do comum. Elas podem se apresentar hipervigilantes, suspeitosas, irritáveis ou mesmo agressivas. Elas podem tentar remover acessos venosos ou outros instrumentos médicos. Algumas crianças podem se retirar quando normalmente não o fariam.
- É importante ressaltar que crianças bem adoecidas, especialmente se delirantes, regressivas, comportando-se como se fossem mais jovens ainda, e devem ser

abordadas como se realmente fossem mais novas

- Elas podem ter uma visão distorcida da realidade, podendo ver ou ouvir coisas que não estariam lá. Para elas, entretanto, tais experiências são muito reais, podem ser assustadoras, e é melhor não as confrontar
- Eventualmente, os sintomas variam durante o dia, geralmente piorando durante a noite; períodos de agitação alternar com períodos de calma ou sonolência.

Como manejar crianças delirantes

Crianças sofrendo de *delirium* têm dificuldade em se comunicar ou responder emocionalmente. Ouvir vozes e ver pessoas familiares pode ajudá-las. Você pode oferecer à criança suporte adequado:

- Falando de forma calma e clara, com frases curtas
- Dizendo à criança quem é você o que você está fazendo lá, repetidamente, se necessário
- Explicando onde a criança está e porque está lá
- Tentando envolver a criança no que ocorre naquele momento
- Trazendo imagens de casa, familiares e amigos próximos
- Perguntando de forma simples (por exemplo: “você dormiu bem?” em vez de “você dormiu bem, ou ficou mais acordado?”).
- Quando as pessoas perguntam muitas coisas, essas crianças podem se tornar agitadas. Já é suficiente para estar lá
- Visitar é importante, mas garanta que não haja muitos visitantes ao mesmo tempo. Se mais de duas pessoas visitarem ao mesmo tempo, mantenha-se no mesmo lado da criança para que ela possa focar no mesmo ponto
- Tenha certeza que, se possível, a criança esteja usando os óculos, suporte auditivo, etc.
- Se a criança está com sintomas psicóticos (por exemplo, vendo coisas que não está

ali), é melhor não ir pelo mesmo caminho. Não discuta, mas reassegure e deixe claro que você está percebendo coisas de forma diferente. Tente mudar o assunto para pessoas e eventos reais.

Tratamento Médico

Antes do tratamento, médicos assistentes tentarão determinar causas médicas para o *delirium* o mais rápido possível (*delirium* pós-anestésico é muito comum e pode ser preocupante, mas quase sempre desaparece em menos de uma hora sem tratamento farmacológico)

Tratamento não farmacológico tenta orientar a criança a reduzir estresse e desconforto ao estimular os sentidos de forma calmante, como descrito na seção “Como manejar crianças delirantes”.

Existem medicações que podem reduzir ou mesmo remediar o *delirium*, apesar de haver também efeitos colaterais, geralmente brandos. As duas medicações mais comumente usadas são haloperidol e Risperidona. Preferencialmente um(a) psiquiatra de infância, se disponível, ou outro(a) profissional de medicina ou enfermagem com expertise em *delirium* está envolvido nessas circunstâncias.

Se a criança está agitada, é eventualmente necessário tomar precauções para evitar que se firam, por exemplo de caírem da cama, ou removerem um acesso venoso. No caso de agitação grave, será necessário imobilizar a criança para prevenir lesões.

É difícil prever por quanto tempo vão durar os sintomas do *delirium*. Varia de horas a dias. Algumas crianças podem ter sintomas por mais tempo.

Se você tiver mais questões depois de ler esse folheto, você pode perguntar aos médicos ou enfermeiros assistentes.

*Modificado de: *Leaflet on Pediatric Delirium*, Jan NM Schieveld et al, 2009. Publicação internacional MUMC+.