

1. ALTERAÇÕES DE COMPORTAMENTO – DELÍRIO / AGITAÇÃO

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

São situações comuns que se associam a: embaraços sociais, destruição de patrimônio e em algumas vezes a risco de vida para o paciente ou terceiros.

Causas orgânicas como traumatismos craniano, hipoxemia, hipoglicemia, choque, abstinência de álcool, infecções e uso de drogas (álcool, cocaína, etc.) devem ser excluídas antes do diagnóstico de doença psiquiátrica.

Agitação é definida como movimentação excessiva e despropositada, que pode variar desde uma leve inquietude até ações violentas e agressivas.

Confusão é definida como estado de comprometimento mental e de comportamento levando a redução da compreensão, coerência e da capacidade de raciocínio.

Delírio é definido como estado agudo de confusão com comprometimento cognitivo desencadeado por afecção neurológica ou clínica, de caráter grave, com duração de horas a dias. Em ambiente pré-hospitalar, o delírio pode ser observado em cerca de 2/3 dos pacientes que recebem assistência domiciliar (“home care”) e em 80% dos pacientes que estão no final da vida. No ambiente hospitalar, o delírio está associado a uma elevada mortalidade, de 25 a 33%, semelhante aos índices de septicemia. Nos pacientes com ventilação mecânica, a mortalidade em seis meses é maior nos que apresentaram quadro de delírio (35% vs. 15%) assim como também o tempo de internação (10 dias acima da média).

A diferenciação entre causas orgânicas e psiquiátricas (psicose ou histeria) pode ser difícil.

Condições associadas com delírio e confusão que podem causar dano cerebral: hipoglicemia, encefalopatia de Wernicke, hipotensão arterial, encefalite ou meningite, insuficiência respiratória, AVE, sangramento intracraniano, processo expansivo intracraniano, síndrome de abstinência e intoxicações exógenas.

b. QUADRO CLÍNICO

Pacientes psicóticos podem estar totalmente orientados.

Pacientes psicóticos retêm a memória e habilidades cognitivas (realizar cálculos), isto não ocorre nas causas orgânicas.

Alucinações auditivas ocorrem em estados psicóticos, já as visuais ocorrem nas causas orgânicas.

AVE – Acidente vascular encefálico.

Diferenciação entre agitação psicomotora por causa orgânica ou psiquiátrica

	ORGÂNICA	PSIQUIÁTRICA
Idade	Idosos são mais suscetíveis	Comum em jovens, da puberdade aos 30 anos
Início	Agudo	Geralmente insidioso
Fraqueza/Fadiga	Raro	Comum
Alucinações	Geralmente táteis, visuais e olfativas	Predominantemente auditivas
Orientação	Desorientação temporal maior que a espacial	Desorientação temporal e espacial
Memória	Afetada, principalmente a recente	Pode cursar com amnésia total ou preservação da memória
Evidência de doença orgânica do SNC	Presente	Geralmente ausente
Mioclonia, asterixis	Diagnósticos, caso presentes	Ausentes sempre

c. CONDUTA

Afastar como causa da agitação: trauma craniano, dor intensa, hipóxia, hipercapnia, hipoglicemia, hipotensão, síndromes de abstinência (em especial a alcoólica), encefalopatia hepática, uremia, infecções do sistema nervoso central, septicemia e intoxicações exógenas.

Observar cuidado com segurança pessoal.

Abordar o paciente com cuidado.

Evitar que o paciente se auto-lesione ou agrave lesões já existentes.

Obter acesso venoso periférico.

Monitorizar o ritmo cardíaco, oximetria e sinais vitais.

Colher sangue para dosagem de glicemia capilar.

Corrigir distúrbios hemodinâmicos e metabólicos.

Lembrar que a utilização de drogas sedativas não acompanhada por analgesia adequada em pacientes com dor intensa pode piorar o quadro.

Realizar a contenção mecânica de pacientes delirantes sempre em associação a tratamento farmacológico adequado, pois pode haver piora do quadro de agitação e de suas consequências clínicas.

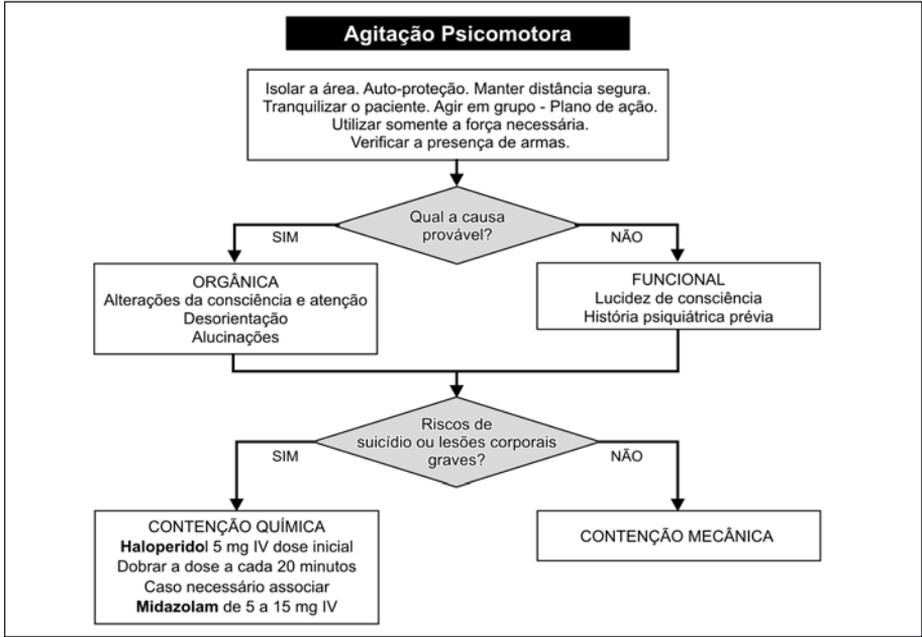
Administrar haloperidol por via intravenosa na dose de 5 mg, dobrando a dose a cada 20 minutos na ausência de resposta.

Associar midazolam 5 mg por via intravenosa, repetindo caso necessário se a agitação for incontrolável.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI – pressão não invasiva – continuamente monitorizados, devido ao risco de depressão respiratória ou hipotensão.

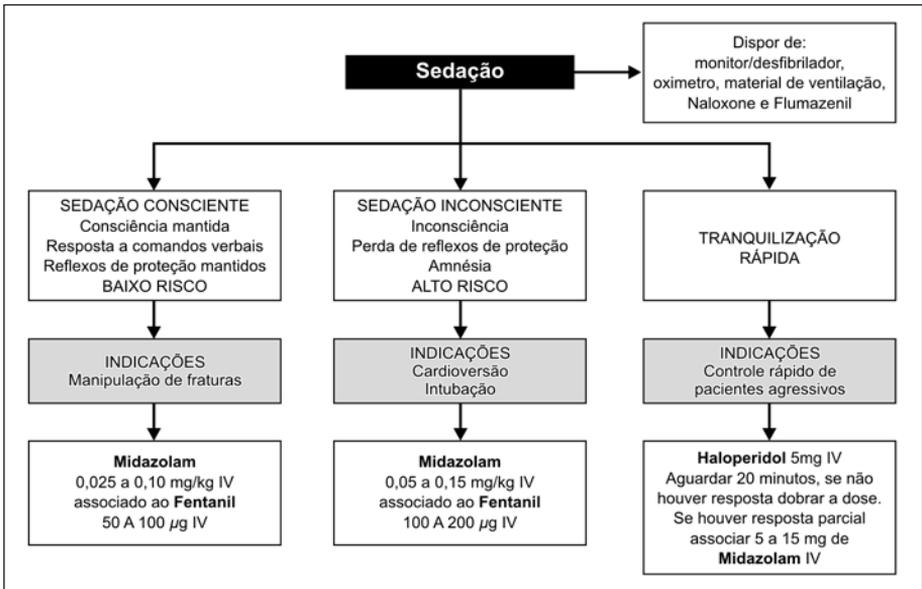
Encaminhar paciente para hospitalização.

d. ALGORITMO AGITAÇÃO PSICOMOTORA



Algoritmo de atendimento ao paciente com agitação psicomotora.

e. ALGORITMO DE SEDAÇÃO PRÉ-HOSPITALAR



Algoritmo de sedação em ambiente pré-hospitalar.

Farmacologia dos Sedativos

MEDICAMENTO	EFEITOS	DURAÇÃO DOS EFEITOS	INDICAÇÕES	DOSE IV	VANTAGENS	EFEITOS DELETÉRIOS
DIAZEPAM 2 ml = 10 mg	Sedação, ansiólise e anti-convulsivante.	De três a quatro horas.	Abortar crises convulsivas.	0,1 a 0,2 mg/kg IV.	Revertido com a administração de Flumazenil.	Depressão respiratória, hipotensão e bradicardia. Dor quando injetado por via intravenosa.
MIDAZOLAM 3 ml = 15 mg	Sedação, ansiólise e amnésia anterógrada em pacientes conscientes.	Um a cinco minutos com duração de até duas horas.	Medicamento de escolha no pré-hospitalar para obter sedação de curta duração.	0,05 a 0,10 mg/kg IV como dose de ataque com infusão de até 15 mg/hora.	A depressão da função ventilatória ocorre apenas em altas doses. Revertido com a administração de Flumazenil.	Depressão respiratória, hipotensão e bradicardia.
PROPOFOL 1 ml = 10 mg	Inconsciência de curta duração.	Quatro a dez minutos.	Sedação de curta duração para realização de procedimentos como cardioversão. Empregado no ambiente pré-hospitalar em situações especiais.	Varia entre 0,25 e 1 mg/ kg por via intravenosa. Reduzir a dose em pacientes idosos.	Recuperação rápida. Início de ação em 30 a 45 segundos.	Hipotensão arterial, especialmente em idosos e em pacientes hipovolêmicos.
TIOPIENTAL Frasco de 500 mg ou 1g liofilizado	Sedação	Cinco a dez minutos.	Intubação de pacientes apresentando elevação da pressão intracraniana.	3 a 5 mg/ kg IV	Início de ação em 30 segundos.	Depressão respiratória e hipotensão. Resposta vagal com aumento de secreções respiratórias e laringoespasmos. Evitar em pacientes hipovolêmicos, cardiopatas e asmáticos.
HALOPERIDOL 1 ml = 5 mg	Anti-psicótico	Quatro a doze horas.	Tranquilizar pacientes agitados e agressivos.	De 5 a 20 mg IV dependendo do grau de agitação. Dobrar a dose a cada 20 minutos na ausência de resposta.	Início da ação de 5 a 20 minutos por via intravenosa. Possui efeitos cardiovasculares e respiratórios muito discretos.	Reações extrapiramidais, síndrome neuroléptica maligna (hipertermia, rigidez muscular e confusão) e prolongamento do intervalo QT, predispondo o paciente ao Torsades de Pointes.