



CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA

Hospital  
PulidoValente

Costa de Sousa, M.<sup>1</sup>; Vieira da Costa, C.<sup>1</sup>;  
Rebordão, C.<sup>2</sup>; Henriques, S.<sup>2</sup>; Goldschmidt, T.<sup>3</sup>

ÉVORA  
18 - 21  
MAIO

Histórias de Vida,  
Percurso(s) de Sobrevivência:  
do(s) Risco(s) aos Projecto(s)

<sup>1</sup> Médica interna de Pedopsiquiatria, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

<sup>2</sup> Médica especialista em Pedopsiquiatria, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

<sup>3</sup> Médica especialista em Pedopsiquiatria e diretora do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE



# QUANDO O TRAUMA LEVA AO *DELIRIUM*

## Introdução

O *delirium* consiste numa alteração neuro-cognitiva, que resulta de uma patologia orgânica ou do tratamento da mesma. A prevalência do *delirium* em idade pediátrica varia entre 20% a 30 %. A sua estimativa depende da idade (mais comum em crianças mais jovens), da gravidade da doença, do número de fármacos administrados e do grupo em estudo (crianças e jovens internados nos cuidados intensivos pediátricos ou na enfermaria da pediatria geral).



## Objetivos

De acordo com a literatura, o *delirium* é uma entidade clínica subdiagnosticada em idade pediátrica. O seu baixo reconhecimento pode estar relacionado com o facto das equipas médicas e de enfermagem estarem pouco treinadas para a sua deteção. Este desafio é ainda maior em idades mais precoces, pré-verbais e em perturbações do desenvolvimento. Este trabalho tem como objetivo principal realçar a importância deste diagnóstico de forma a diminuir a mortalidade e morbilidade associadas.

## Caso Clínico

### Identificação:

- Adolescente sexo masculino, 14 anos, internado nos cuidados intensivos pediátricos do Hospital de Santa Maria após um atropelamento com traumatismo crânio-encefálico, torácico e abdominal.
- À entrada apresentava um GCS (*Glasgow Coma Scale*) de 5. Com a melhoria do GCS, iniciou períodos de maior agitação psicomotora e insónia inicial, motivo pelo qual pediram a colaboração da Pedopsiquiatria.

### História médica:

- Asma - medicado com montelucaste 10mg (1xdia) e salmeterol e propionato de fluticasona 50/250µg (1xdia)
- Eczema atópico
- Cirurgias: Hernioplastia bilateral aos 12 e 24 meses e postectomia aos 6 anos

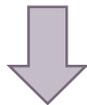
### Escolaridade:

- 8º Ano (uma retenção no 5º ano)



**Observação no internamento – D8:**

- Adolescente de idade aparente inferior à real
- Vigil, colaborante e desorientado no espaço e no tempo
- Atenção flutuante com períodos pequenos de atenção
- Discurso pobre, com períodos de organização alternados com períodos de incoerência
- Aparentemente com alterações da percepção
- Humor lábil com choro fácil
- Permaneceu em decúbito ao longo de toda a entrevista, com períodos de agitação intercalados com acalmia



## Cornell Assessment of Pediatric Delirium (CAP-D)

- Score 15 (delirium > ou = 10)

**Hipótese de Diagnostico:**

*Delirium hiperativo*

**Tratamento:****Não farmacológico:**

- Promoção da orientação no espaço e no tempo, mantendo sempre a presença da mãe
- Diminuição dos estímulos externos nomeadamente ruídos e luminosidade

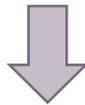
**Farmacológico:**

- Risperidona
  - 0,25mg de manhã
  - 0,75mg à noite
  - 0,25mg SOS (até 2xdia)

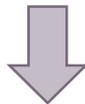


**Sete dias depois de iniciar o tratamento (D17):**

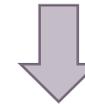
- Melhoria da orientação espacial e temporal
- Capacidade de manter a atenção, com períodos maiores de concentração
- Discurso organizado e espontâneo
- Sem alterações da percepção
- Humor eutímico, sem episódios de choro
- Boa resposta à introdução da risperidona, nomeadamente no controlo da agitação e na melhoria do sono


**Cornell Assessment of  
Pediatric Delirium (CAP-D)**

- Score 5 (delirium > ou = 10)


**Alta do internamento**
**1º Consulta após a alta:**

- Queixas de maior dificuldade em manter a atenção *“Antes não queria estar atento, agora não consigo”* e mau rendimento escolar
- Restante exame psiquiátrico sem alterações
- Nega perturbação do sono
- Outros apoios:
  - Acompanhamento psicológico quinzenal
  - Terapia da fala semanal
  - Terapia ocupacional semanal
  - Fisioterapia semanal


**Strengths and Difficulties Questionnaire  
(versão portuguesa)**

Score muito elevado para dificuldades  
de atenção e hiperatividade


**Metilfenidato 20mg/dia**


## Evolução:

O jovem tem agora 15 anos e tem vindo a progredir favoravelmente. Não se voltaram a apurar alterações no exame psiquiátrico. Com a introdução do metilfenidato houve uma melhoria franca do rendimento escolar bem como do seu comportamento, relatada pela família, pela escola e pelo próprio. Mantém a risperidona 1mg/dia. Teve alta da terapia da fala, terapia ocupacional, fisioterapia e psicologia.

## Conclusão

O reconhecimento do *delirium* neste jovem foi fundamental para uma melhor adequação nas estratégias adotadas. A utilização da risperidona teve um impacto positivo na evolução do seu quadro clínico. A administração de antipsicóticos no tratamento farmacológico do *delirium* tem sido reconhecida nos últimos estudos de eficácia e segurança. Contudo, é necessário aprofundar a investigação sobre a complexidade neurofisiológica do *delirium* para se poderem redefinir novas estratégias terapêuticas. Relativamente ao défice de atenção, a família relata que o jovem já tinha dificuldades anteriores ao acidente mas que nunca valorizou, pelo que não podemos concluir se esta manifestação está relacionada com o traumatismo crânio-encefálico.

## Referências

- Schieveld JNM, Ista E, Knoester H, Molag ML. Pediatric delirium: A practical approach. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015.
- Schieveld JNM., Janssen, Nathalie. Delirium in the Pediatric Patient On the Growing Awareness of Its Clinical Interdisciplinary Importance, *JAMA Pediatrics* July 2014 Volume 168, Number 7
- Hatherill, S., Flisher, A. Delirium in children and adolescents: A systematic review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research* 68 (2010) 337–344
- Van tuijl, S. G. L. y. Van cauteren, J. M., Schieveld, JNM. Management of pediatric delirium in critical illness: a practical update. *Minerva anesthesiologica*, Vol. 81 -No. 3 (2015)

