Trabalhos Científicos

Título: Delirium Em Pediatria - Relato De Caso

Autores: JIULI RODRIGUES GONÇALVES (HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - ISCMPA), DANIELLE FRIDA FONSECA BARBIARO (HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - ISCMPA / UFCSPA), MARINA NUNES SOUZA (HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - ISCMPA / UFCSPA), CERES COUSSEAU FURLANETTO (HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - ISCMPA / UFCSPA), MARINA ANDRADE BIEHL (HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - ISCMPA / UFCSPA)

Resumo: A assistência em terapia intensiva pediátrica é desafiadora e exige acurácia em muitos diagnósticos como o delirium, uma síndrome neuropsiquiátrica aguda e flutuante caracterizada por distúrbios de atenção, alterações do nível de consciência e de mudanças na cognição[2]. J.F.C., 4 anos, internada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) para investigação de estridor após quadro de pneumonia com necessidade de suporte ventilatório invasivo prolongado devido a falhas de extubação por obstrução de via aérea alta. Assistida por cerca de 2 meses, com tempo de ventilação mecânica invasiva por período superior a 15 dias em períodos alternados devido às falhas de extubação. Fez uso de sedação contínua combinada nesse período juntamente com sedações intermitentes. Após extubação apresentava agitação psicomotora significativa e desorientação neurológica, não tolerou redução de sedoanalgesia contínua (morfina 0,02 mg/kg/h, clonidina 2 mcg/kg/h e dexmetometina 1,5 mcg/kg/h), precisava de diversas medicações intermitentes (quetiapina 1,6 mg/kg/dia, metadona 2,4 mg/kg/dia e diazepam 2,4 mg/kg/dia) para amenizar o quadro de delirium diagnosticado após avaliação pela escala de pCAM-ICU - Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit e após diagnóstico diferencial. Além disso, devido a agitação extrema e privação de sono notou-se piora do quadro respiratório. Depois de propofol contínuo na dose de 1,6 mcg/kg/min por 48 horas paciente mostrou acordar mais organizado e, gradualmente, tolerou redução de demais medicações contínuas e intermitentes. Durante 20 dias a paciente apresentou Delirium grave de difícil controle. Ainda há pouca evidência na literatura sobre Delirium em pediatria, sabe-se que para muitos casos refratários é recomendado o uso de antipsicóticos atípicos para manejo e se deve evitá-los como medicação profilática[3]. Também existe um grupo importante de medidas preventivas, como as ações ambientais para promoção do sono, manejo da dor controlando o uso de determinadas medicações (benzodiazepínicos), envolvimento da família no cuidado do paciente e a mobilização física precoce. Porém, a análise atenta da equipe multiprofissional na assistência diária de pacientes internados em UTIP é um fator essencial tanto para a prevenção quanto para o diagnóstico de casos de delirium[3]. Percebe-se que o invento de ferramentas de triagem para o diagnóstico de Delirium tem a finalidade de evitar o subdiagnóstico em UTIP. Portanto, o não reconhecimento desse distúrbio é um agravo de saúde, pois não é possível instituir o tratamento precoce e, dessa forma, reduzir o tempo de permanência em ventilação mecânica, tempo de internação hospitalar, mortalidade e sequelas após a alta.