

O delírio em cuidados paliativos

ANA BERNARDO*

RESUMO:

As perturbações neuropsiquiátricas são frequentes na doença oncológica avançada e noutras situações de doença terminal. Define-se o delírio, e segundo Carlos Centeno, como estado confusional agudo que deriva de uma disfunção cerebral orgânica de etiologia multifactorial. Dependendo dos autores, varia de 28% a 85%.

O delírio é um dos sintomas mais difíceis de diagnosticar e tratar, e também aquele que provoca maior deterioração da qualidade de vida do doente e da sua relação com a família, cuidadores ou equipa de apoio. A sua presença condiciona maiores dificuldades na avaliação da dor, de outros sintomas ou problemas, – a obstipação, a retenção urinária, febre, a infecção respiratória ou urinária, desidratação, etc., – pela perturbação que causa na comunicação com o doente e por impedir uma participação nas decisões que dizem respeito à sua doença.

Apesar de ser uma situação esperada no final de vida, pode no entanto, ser reversível ou controlável em cerca de 25-45% dos casos, pelo que na sua abordagem deve-se ter em conta esta característica, individualizando-se caso a caso, transmitindo à família a esperança da reversibilidade.

Na doença avançada, o delírio manifesta-se por: perturbações cognitivas, distúrbios do comportamento psicomotor, com uma instalação aguda ou subaguda, com flutuações durante o dia, agravando-se para a noite, podendo adoptar uma forma hiperactiva (a mais frequente) e uma forma hipoactiva.

O delírio, normalmente de etiologia multifactorial, condiciona um conjunto de medidas de intervenção que passam por: terapêutica dirigida à causa, intervenção no comportamento do doente e no ambiente, apoio à família e o tratamento sintomático, sobretudo fazendo uso correcto dos vários tipos de neurolépticos, assim como outro tipo de intervenções farmacológicas.

Palavras-Chave: Delírio; Controlo de Sintomas; Cuidados Paliativos

çada, é um estado confusional agudo que deriva de uma disfunção orgânica cerebral difusa, provocada por múltiplos factores, nomeadamente: químicos, electrolíticos, psicológicos, físicos, idade, etc., e que condicionam alterações cerebrais. Nos doentes terminais funciona como um sinal da possível proximidade da fase agónica.

Pelo impacto que tem na família, nomeadamente nas situações que ocorrem no domicílio, convém conhecer os principais aspectos de uma intervenção planeada por forma a garantir a qualidade de vida do doente e família sempre que possível. Este quadro não implica hospitalização na maioria das vezes e se o médico de família dispuser da formação adequada e dos recursos de apoio na comunidade poderá intervir de forma satisfatória no domicílio.

INTRODUÇÃO

O delírio é a principal causa de internamento, de doentes em fase avançada, em unidades hospitalares de agudos e de cuidados paliativos, considerando-se o segundo diagnóstico, logo a seguir às perturbações de Adaptação, com indicação para apoio Psiquiátrico. Segundo os critérios do DSM-IV define-se delírio como um síndrome que se caracteriza por uma perturbação da consciência.

Segundo Carlos Centeno, o delírio, associado a um quadro de doença avan-

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

O quadro clínico pode apresentar-se como ligeiro, quase imperceptível para quem não esteja atento, caracterizando-se por ligeira ansiedade, insónia ou lentificação do pensamento, ou constituir um quadro de agitação grave (o que corresponde a uma situação de urgência), passando por quadros clínicos de características intermédias.

Os critérios de diagnóstico que definem o delírio, em cuidados paliativos, compreendem: a) perturbações cognitivas (memória, linguagem, orientação) e de atenção, b) distúrbio do comportamento psicomotor (agitação, sonolên-

*Assistente de Clínica Geral Médica da Equipa de Cuidados Continuados de Odívetas Centro de Saúde de Odívetas

cia, alucinações e paranóia), c) instalação aguda ou subaguda com flutuações durante o dia, d) podendo apresentar outra sintomatologia que varia consoante os doentes, e em cada doente, em função do tempo. Este quadro é influenciado por experiências prévias, pela personalidade, pela gravidade da situação clínica e o grau de perturbação da função cerebral, nomeadamente a demência, a senilidade e a presença de múltiplas patologias concomitantes.

Apresenta-se sob a forma hiperactiva (mais frequente), associada a insuficiência hepática, toxicidade opióide e terapêutica com corticosteróides, manifestando-se por agitação, hipersensibilidade aos estímulos e sintomas psicóticos. Por vezes, são frequentes os movimentos repetitivos, o pensamento é lento, mas rico em conteúdo. Na forma hipoactiva, mais frequente na desidratação, o doente encontra-se letárgico, quieto e com poucos sintomas psicóticos, necessitando de diagnóstico diferencial com depressão. O delírio associado aos opióides surge principalmente no início do tratamento ou quando há um aumento da dose, mas a remissão é espontânea quando se tomam medidas preventivas ou correctivas.

Surge de uma forma brusca, flutuando durante o dia, por vezes em minutos, e agrava-se para a noite. Os ritmos do sono e das refeições ficam alterados, sendo característico a desorientação no tempo e no espaço, associada ou não à desinibição. A perturbação da memória afecta sobretudo o registo e a aprendizagem. O doente é incapaz de seguir um estímulo, mudando frequentemente para outro, dificultando a comunicação com a família, cuidador ou equipa de suporte. Não compreende nem reconhece pessoas, locais ou factos familiares. Está desorganizado e a linguagem tem incorrecções, sendo rápida e caótica, com neologismos. É frequente surgirem alucinações, que podem ser verdadeiras (sem objecto) ou ilusões (percepção er-

rada a partir de um objecto), tácteis ou auditivas. As mais frequentes correspondem a imagens de pessoas junto à cama, que falam ou tocam no doente.

FISIOPATOLOGIA

O mecanismo que desencadeia o delírio é desconhecido. A teoria que apresenta maior evidência corresponde a uma hipótese colinérgica que pode ser definida por um *déficit* de acetilcolina ou um excesso de dopamina a nível central (como acontece na deficiência em tiamina, na hipóxia e hipoglicémia). O sistema GABA parece ser importante na encefalopatia hepática e na agitação intratável com Midazolam. Nos doentes oncológicos terminais, e de acordo com Carlos Centeno, o quadro resulta da modificação estrutural induzida pelas metástases cerebrais ou tumores, pela repercussão sistémica do processo neoplásico ou pela presença de outros factores que levam a uma insuficiência orgânica múltipla, que provoca uma hiperexcitabilidade dos neurónios.

No caso dos opióides, a situação resulta da acumulação de metabolitos activos, nomeadamente a Glucose-6-Fosfato-Glucoronido. Quanto aos corticosteróides, podem provocar alterações do estado mental, com labilidade emocional, episódios maníacos ou depressão, falência cognitiva (reversível) e delírio (psicose dos corticosteróides), sobretudo quando se utilizam doses muito elevadas e nas duas primeiras semanas de tratamento. Este quadro é reversível com a suspensão do fármaco, com medidas preventivas, iniciando doses mais baixas que se aumentam gradualmente, de acordo com a necessidade da situação.

ETIOLOGIA

As principais causas que podem de-

sencadear o quadro de delírio são: a) insuficiência hepática; b) medicação (opioides, corticóides, benzodizepinas, antidepressivos tricíclicos, neuroléticos, anticolinérgicos, metoclopramida, inibidores H2, quinolonas, antiepiléticos, etc.) por maior sensibilidade em presença de comorbilidade; c) falência pré-renal; d) alterações metabólicas (desidratação, hipercalcemia, hipoglicemia, etc.); e) hipoxemia (insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória); f) coagulação intravascular disseminada; g) patologia cerebral compressiva; h) retenção urinária e impacto fecal; i) infecção e febre; j) cancro/senilidade; l) idade avançada.

Constituem factores precipitantes: a má-nutrição, a retenção urinária, a obstipação e a polimedicação. São factores predisponentes: a idade avançada, presença de demência ou outras patologias do SNC, alterações metabólicas e electrolíticas.

Definiram-se alguns factores de risco, em doentes com doença avançada, que contribuem para desencadear delírio: 1) dor neuropática; 2) dor incidental frequente; 3) rápida tolerância aos opioides, com aumento rápido da dose; 4) grau acrescido de somatização; 5) antecedentes de abuso de substâncias.

AVALIAÇÃO

É frequente os profissionais de saúde (sobretudo, médicos e enfermeiros) não fazerem o diagnóstico de delírio, nomeadamente nas fases mais precoces. A definição e identificação de delírio pode melhorar através do uso de uma terminologia correcta – só pensar e nomear a expressão já aumenta o grau de suspeição –, uma adequada formação dos técnicos de saúde e aplicação, na rotina diária, de testes de avaliação das funções cognitivas, com instrumentos destinados à detecção precoce.

O diagnóstico é sempre clínico. É im-

portante conhecer o doente, os seus antecedentes pessoais, avaliar com a família ou acompanhantes toda a informação anterior à instalação do quadro. Deve-se ainda avaliar as funções intelectuais, identificar a presença de sintomas neurológicos, o contexto como surgiu e a progressão dos sintomas.

O MMSE (*Mini Mental State Examination*) é o instrumento mais aplicado, permitindo a avaliação das funções cognitivas e a capacidade de atenção, devendo ser prática corrente de qualquer avaliação. Outros instrumentos podem ser utilizados como: MEC (*Mini Exame Cognitivo*), TELECOM ou BOMC (*Blessed Orientation Memory Concentration Test*), BSCS (*Bed Side Confusion Scale*) e o CAM (*Confusion Assessment Method*), permitindo, este último, a diferenciação entre demência e delírio.

Os testes são úteis na clarificação do diagnóstico, mas não constituem por si só a sua identificação. Com a presença de sintomatologia sobreposta, torna-se pertinente o diagnóstico diferencial com depressão, demência e psicose. Uma prova terapêutica com neuroléticos ou psicoestimulantes (isto no caso do delírio hipoactivo) permite fazer o diagnóstico diferencial com depressão.

A descodificação da etiologia deve ser orientada com base em critérios éticos, que regem outras decisões terapêuticas dos problemas do final da vida, devendo ser individualizada e guiada pela informação da anamnese e do exame objectivo, no sentido de serem detectadas causas viáveis de tratamento.

Em conclusão, para o diagnóstico de delírio é necessário haver: um elevado nível de suspeição, perturbações características com alterações da percepção (alucinações), ideação paranóide. Devem-se pesquisar sinais de infecção, toxicidade opióide (mioclonia, hiperalgesia), desidratação, urémia e encefalopatia hepática. Mais frequentes, mas por vezes despercebidos, os quadros de retenção urinária, obstipação grave ou

impacto fecal, desidratação, sinais de falência orgânica ou sinais focais neurológicos podem corresponder a qualquer grau de delírio, sobretudo quando surgem subitamente com flutuações durante o dia, agravando-se para a noite.

Sempre que o estado geral do doente permita, este concordar e existam recursos, podem-se utilizar alguns exames complementares de diagnóstico para melhor clarificação do quadro clínico, nomeadamente, determinação analítica (exclusão de alterações metabólicas, anemia, infecção, coagulação intravascular disseminada ou insuficiência hepática), gases no sangue (hipoxémia). A radiografia do tórax permite o diagnóstico de pneumopatias e o TAC cranioencefálico a existência de metástases cerebrais.

TRATAMENTO

O delírio resulta, normalmente, de um conjunto de factores, e por isso a sua abordagem completa quase nunca corresponde a uma medida, mas a um conjunto de medidas. A relação terapêutica que se estabelece com o doente, a preocupação com o seu comportamento e o ambiente envolvente, o tratamento sintomático e o apoio à família constituem orientações que devem ser conduzidas numa actuação em bloco.

Os objectivos do tratamento são, fundamentalmente, tranquilizar o doente e recuperar, sempre que possível, a sua capacidade de comunicação, prevenir alterações do comportamento que possam afectar a pessoa e os outros, reduzir a desorientação, diminuindo tanto quanto possível a estimulação sensorial.

Os delírios com características de reversibilidade, cujo controlo não seja possível em ambulatório, exigem internamento, sempre que seja esse o desejo do doente, o seu estado geral e os re-

ursos na comunidade o permitam. Convém frisar que este grupo que carece de internamento corresponde a uma minoria das situações.

Deste modo, a abordagem desta entidade deve estar de acordo com as medidas orientadoras de actuação prática, e perante um quadro de delírio, num contexto de cuidados paliativos, definimos:

A) Terapêutica dirigida à causa:

O delírio corresponde a uma entidade independente tratável, mas tendo em conta o tempo de vida limitado do doente, é conveniente, durante o processo de avaliação, proceder-se a um tratamento sintomático.

Perante um quadro de agitação é pertinente a identificação da(s) causa(s) possível determinando a atitude terapêutica dirigida à mesma. Para simplificação da pesquisa etiológica convém definir alguns passos a realizar:

- 1) *Revisão da terapêutica*, sendo os fármacos as principais causas de delírio, é obrigatório avaliar cuidadosamente: as classes de fármacos, as doses e o período de administração. Neste contexto, é ainda conveniente saber que: i) a suspensão brusca da medicação pode desencadear delírio, ii) para reverter a agitação pode ser necessário suspender (ansiolíticos), reduzir a dose (corticóides, hipnóticos) ou alterar fármacos (cimetidina, por inibidores da bomba de protões). No caso dos opióides, a medida a tomar constitui a rotação para outros opióides (hidromorfona, oxicodona, fentanyl ou metadona), em doses equianalgésicas, seguida de um redução de cerca de 20-30% da dose, permitindo uma melhoria do estado mental, sem perturbação do controlo da dor;

- 2) *Controlar a dor*;

- 3) Nas situações de hipoxémia, *administrar oxigénio e tratar a causa subjacente*;

- 4) *Antibioterapia* no caso de infecção;

5) Promover a *hidratação do doente*, conduzindo a uma diminuição da acumulação de metabolitos dos opióides, nos doentes com algum grau de insuficiência renal (preferir a via subcutânea, em função do conforto do doente e redução das complicações- hipodermoclise 500-1000ml/24h);

6) Utilizar *corticoterapia* nas situações de metástases cerebrais, contribuindo para a regressão da sintomatologia.

Os factores etiológicos definidos são predictivos da fase agónica, devendo-se evitar intervenções agressivas e promover medidas de conforto e controlo dos sintomas, exigindo uma atenção redobrada, por haver possibilidade de reversão do quadro.

B) Intervenção sobre o comportamento do doente:

A desorientação que resulta do quadro de delírio torna o doente muito inseguro, desconfiado, irritado e com comportamentos inadequados, por vezes irracionais, o que atormenta a família, o próprio doente e a equipa de suporte. Neste contexto é importante transmitir segurança, estabelecendo uma relação de empatia, mantendo uma conduta de respeito, mesmo perante as atitudes negativas, tendo em conta a dificuldade em comunicar. Por isso, torna-se conveniente i) manter constantes os elementos da equipa responsáveis pelo acompanhamento do doente, a fim de evitar maior confusão e desorientação, ii) utilizar técnicas de comportamento que são aplicadas nas demências (casos moderados), na fase de recuperação de um episódio agudo ou na prevenção das recaídas. Na prática deve-se incentivar a memória retrógrada e a realização de pequenas tarefas, de uma forma pouco exigente, por diminuição da capacidade de tolerância à frustração. É importante estar atento aos medos, angústias, alucinações e ajudar a corrigir os mesmos, preservando a orien-

tação temporo-espacial com calendários, relógios, televisão, rádio e promover o diálogo sobre factos quotidianos e actividades diárias, de uma forma clara e concisa. Facilitar o descanso nocturno fazendo uso de relaxamento, massagens, música calma, luz ambiente e evitando os ruídos.

C) Intervenção no ambiente

Proporcionar um ambiente seguro, calmo e tranquilo ajuda o doente a ficar menos agitado, pois a capacidade de resposta aos estímulos está limitada e o doente é sensível à estimulação desorganizada e ruidosa. Neste sentido, o número de visitas deve ser limitado, evitando-se aglomerados de familiares e amigos. Ao doente deve ser permitido a presença de objectos familiares no quarto. A cama não deve ser mudada de posição e só em caso de perigo de queda se devem usar as barras laterais de protecção. O quarto deve ter uma temperatura agradável e iluminação ténue, mesmo durante a noite.

D) Apoio à família

O apoio à família envolve a ajuda para lidar com os problemas, através do esclarecimento do quadro clínico, as suas causas e a sensibilização para não responsabilizar o doente das suas atitudes, muitas vezes irracionais. É frequente confundir-se delírio com agonia, mas é da nossa responsabilidade explicar que o quadro resulta de falência ou claudicação cerebral, mas não é presságio de morte ou loucura, sendo frequente um padrão de amnésia após a recuperação, não constituindo sofrimento. Deve-se transmitir a esperança da reversibilidade (com expectativas realistas). Perante um doente em fase avançada da sua doença é pertinente anteciper a possibilidade de surgir delírio, que é súbito e inesperado, mas frequente nestas situações, havendo sempre a possibilidade de controlo do quadro clínico.

Em conjunto com a família, de uma

forma clara, específica e simples, devem-se discutir as tomadas de decisões, sobretudo no que diz respeito à sedação, e permitir que os familiares expressem os seus medos, angústias e pensamentos que ocorrem nestas fases. Uma medida importante e que não deve ser esquecida, consiste em mostrar a disponibilidade da equipa de cuidados continuados e do médico de família para acompanhar a situação, estimulando o apoio e colaboração dos familiares para o cuidado do doente.

E) Tratamento sintomático

O objectivo do tratamento sintomático consiste em diminuir a agitação, sobretudo nocturna, permitindo um sono calmo e mais repousante. No caso da agitação permanecer durante o dia, o objectivo é acalmar o doente, mas evitar que fique sonolento e incapaz de comunicar.

Há princípios que se devem ter em conta, no tratamento do delírio:

1) As drogas só devem ser prescritas caso sejam necessárias. A orientação do doente pode ser a única medida útil para o controlo do quadro.

2) Devem-se ajustar as doses de acordo com a idade, as condições gerais, a tolerância e o nível de perturbação mental.

3) Os neurolépticos são os fármacos de eleição para o tratamento do delírio. O Haloperidol é o mais utilizado. O risco de efeitos extrapiramidais são pouco frequentes com as doses utilizadas em Cuidados Paliativos, mas quando surgem, são mais marcados nos idosos, podendo ser substituídos pela Risperidona ou a Olanzapina. Sempre que se deseje um fármaco mais sedativo, faz-se uso destas características, na Levomepromazina e na Clorpromazina.

4) Nos idosos, as Benzodiazepinas podem provocar uma agitação paradoxal (desinibição e agravamento das perturbações do comportamento).

Na pesquisa realizada para este tra-

balho, encontra-se uma grande variabilidade nas doses utilizadas de neurolépticos, dependendo dos autores e das experiências das várias instituições, com prática de Cuidados Paliativos.

Num quadro de agitação psicomotora ligeira pode iniciar-se a administração de Haloperidol (Haldol, Haloperidol Ratiopharm, Serenelfi, etc.) com doses que podem variar de 1-3mg sc, com o propósito de rápida absorção, seguida de dose igual à noite, de preferência vo. Caso a agitação persista, a dose pode aumentar para 1mg 12/12h vo/sc, com 1mg em p.r.n., podendo atingir 2mg 6/6-8/8h e dose idêntica em p.r.n. Em casos mais graves utilizam-se doses 20-30mg/dia, podendo-se atingir doses de 200mg/dia em situações muito graves. No entanto, a maioria das situações controlam-se com doses inferiores a 20mg/dia.

Nos casos em que a agitação impede o descanso do doente e dos familiares ou cuidadores, é necessário recorrer-se ao uso de neurolépticos mais sedativos, como é o caso da Levomepromazina (Nozinan) (25-200mg/24h) e Clorpromazina (Largactil) em doses de 12,5-25mg 8/8h ou 4/4h vo/sc. A Clorpromazina não pode ser administrada por via sc.

À noite pode-se ajudar o doente a dormir com a utilização de Benzodiazepinas de acção curta, sendo nos idosos o Alprazolam (Xanax, Pazolan, Unilan, etc.) ou o Midazolam (Dormicum), os mais indicados.

Quando há risco de perigo de vida para o próprio doente, pela agressividade e violência da agitação, pode-se associar ao Haloperidol 5mg sc/IM o Lorazepam (Lorenin, Lersedal, Ansilor) 1-2mg sc/IM/ sublingual de 20-30 minutos (rápida absorção), até se controlar o quadro clínico.

Tal como foi já definido, também se podem utilizar: a Risperidona (Risperdal) em doses de 0,5-1mg 12/12h vo, mais utilizada nos tumores cerebrais,

idosos e nos síndromas orgânicos cerebrais, e a Olanzapina (Zyprexa), que têm menos interações medicamentosas e, por isso, permitem uma maior margem de manobra.

Estudos recentes recomendam que, na presença de efeitos secundários indesejáveis que impeçam a manutenção do neuroléptico, a intervenção passa pela rotação dos mesmos, de forma idêntica ao que acontece com os opióides.

Há doentes que morrem em delírio hipoactivo, sonolentos e tranquilos, sem intervenção farmacológica. Porém, situações com prostração acentuada, anedonia e depressão, e sempre em função do estado geral e do prognóstico do doente, podem beneficiar de um psicoestimulante do tipo do Metilfenidato (não disponível em Portugal).

O tratamento sintomático não começa com a sedação, mas pode terminar com ela, sempre que a agitação condicione um quadro de grande sofrimento. A sedação deve ser encarada como uma resposta no tratamento de sintomas refractários a outros tratamentos de primeira linha. Antes de se sedar um doente, é importante incluir a família na tomada de decisão a adoptar, para o controlo de sintomas e bem-estar do doente, incluindo informar a mesma, escutar as suas preocupações, explicando que a sedação não corresponde a acelerar a morte, mas diminuir o sofrimento. O Midazolam (Dormicum) é o fármaco utilizado na sedação em doses de 3-5mg 6/6h sc, podendo atingir-se uma dose máxima de 60-80 mg/24h. Este fármaco, tão útil no controlo das situações mais complexa, não existe disponível no ambulatório sob a forma de ampolas, o que é lamentável. Poderá ter que ser adquirido num hospital ou através de acordo com as farmácias das sub-regiões.

Os casos resistentes a qualquer uma das medicações apresentadas exigem internamento hospitalar, onde ainda é possível a utilização de outros fármacos

como Fenobarbital e o Propofol, que exigem monitorização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Back I. Palliative Medicine Handbook. 3ªed. Aberystwyth, Cambrian Printers, 2001.
2. Centeno C. El Delirium en Pacientes com Cancer al Final de la Vida. Salamanca, Centro Regional de Medicina Palliativa y Dolor, 2002.
3. Dickman A, Littlewood C, Varga J. The Syringe Driver. Oxford, Oxford University Press, 2002.
4. Doyle D, Hanks G, Macdonald N. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2ª ed. Oxford, Oxford University Press, 1998.
5. American Psychiatric Association. DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Versão Internacional com os Códigos de ICD-10. Lisboa, Climepsi Editores, 1996.
6. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen R. Oxford Textbook of Psychiatry. 3ª ed. Oxford, Oxford University Press, 1996.
7. Orzanco P. Medicina Familiar y Comunitaria: Libro del Año. Lisboa, SmithKline Beecham - Saned, 1997.
8. Pereira J, Bruera E. Alberta Palliative Care Resource. 2ª ed. Edmont. Alberta Cancer Board, 2001.
9. Ministério da Saúde. Prontuário Terapêutico 2. Lisboa, Infarmed, 2001.
10. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Protocolos en Medicina Paliativa. 2ª ed. Castilla-Leon, Junta de Castilla y León, 2001.
11. Tierney L, Mcphee S, Papadakis M, Schroeder S. Current Medical Diagnosis & Treatment. London, Appleton & Lange, 1993.
12. Twycross R. Cuidados Paliativos. 1ª ed. Lisboa, Climepsi Editores, 2001.

Endereço para Correspondência

Ana Bernardo
Rua Dário Canas, nº 6- r/c Esq,
2675 Odivelas